



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

**A influência da escolaridade e etnia parental na saúde das
crianças e adolescentes**

XVIII Curso Mestrado em Saúde Pública

Mário A. Macedo

Setembro 2017

INTENCIONALMENTE EM BRANCO



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

A influência da escolaridade e etnia parental na saúde das crianças e adolescentes

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Cláudia Furtado

Mário A. Macedo

Setembro 2017

INTENCIONALMENTE EM BRANCO

“medicine is a social science, and politics nothing but medicine at a larger scale”

Rudolf Virchow

“Every nation that permits people to remain under the fetters of preventable disease, and permits social conditions to exist that make it impossible for them to be properly fed, clothed and housed, so as to maintain a high degree of resistance and physical fitness, and that endorses a wage that does not afford sufficient revenue for the home, a revenue that will make possible the development of a sound mind and body, is trampling a primary principle of democracy.”

Charles Hastings, 1918.

INTENCIONALMENTE EM BRANCO

Agradecimentos

A elaboração desta dissertação só foi possível graças à colaboração e enorme apoio de algumas pessoas, às quais não posso deixar de prestar o meu reconhecimento e a minha eterna gratidão.

À professora Cláudia Furtado, por ter transmitido a sua sabedoria e entusiasmo pelo tema, sem o qual não seria possível concluir este trabalho.

À professora Carla Nunes pela sua disponibilidade e partilha de ideias.

A toda equipa de informática do Hospital Fernando Fonseca, especialmente a Inês Melo pela sua paciência e disponibilidade.

Aos colegas, pela paciência e compreensão demonstrada.

Por fim, mas não menos importante, à minha querida mulher Eloísa, e aos bebés Vicente e ao Sebastião, pela paciência, amor e apoio incondicional, um enorme obrigado e beijinho!

INTENCIONALMENTE EM BRANCO

Sumário

As desigualdades no estado de saúde podem ser explicadas por vários fatores como a escolaridade, situação laboral, rendimento e estilos de vida. As condições socioeconómicas podem ser incluídas nos determinantes sociais da saúde, que segundo a OMS estão associadas a iniquidades em saúde e estão ligados à justiça social e ao exercício dos direitos humanos.

Sabendo que as desigualdades socioeconómicas na infância contribuem para as desigualdades da mortalidade e da morbilidade na idade adulta, torna-se pertinente, o estudo das desigualdades em saúde nesta população específica.

Este trabalho está centrado na relação entre o a escolaridade e etnia dos pais na saúde dos seus filhos. Pretende-se então com este estudo investigar, na realidade portuguesa do distrito de Lisboa, a relação entre estes determinantes sociais e o seu efeito na saúde das crianças e adolescentes em contexto hospitalar.

Baseado numa amostra de 7890 casos de internamento através da urgência pediátrica, foram aplicados teste de Qui-Quadrado, teste ANOVA e teste-t, correlações de Spearman bem como análises de regressão logística e linear.

Os resultados deste estudo revelam que a escolaridade dos pais tem influência no estado de saúde dos seus filhos, verificando-se que a escolaridade da mãe tem mais influência que a do pai.

O rácio de internamentos por número de idas à urgências e número de internamentos tem relação clara com a escolaridade. ($p=0,00$). Já no que se refere ao tempo de internamento, esta relação é mais evidente na escolaridade da mãe, sendo que a escolaridade do pai possui uma relação mais fraca. (mãe $p=0,00$; pai $=0,018$).

A etnia também tem influência no estado de saúde das crianças. A etnia africana tem número de internamentos e tempo de internamentos superiores ($p=0,00$). Internamento em intensivos é independente da etnia. ($p=0,00$)

Este conhecimento poderá ajudar a um melhor planeamento dos cuidados oferecidos à população na idade pediátrica, e à elaboração de estratégias que combatam de forma eficaz este problema de saúde pública.

Palavras chave: Determinantes Sociais da Saúde, Equidade em Saúde, Pediatria, Escolaridade, Etnia.

INTENCIONALMENTE EM BRANCO

Abstract

Inequalities in health status can be explained by several factors such as education, employment status, income and lifestyles. Socioeconomic conditions can be included in the social determinants of health, which according to the WHO are associated with health inequities and are linked to social justice and the exercise of human rights.

Knowing that socioeconomic inequalities in childhood contribute to the inequalities of mortality and morbidity in adulthood, it becomes pertinent to study health inequalities in this specific population.

This paper will focus on the relationship between the parents' education level and ethnic origin and their children's health. This study seeks to investigate, in the Lisbon region, the relationship between these social determinants and their effect on the health of children and adolescents in an hospital setting.

Based on a sample of 7890 cases of pediatric hospitalization, Chi-square test, ANOVA and t-test, Spearman correlations as well as logistic and linear regressions were applied, and there is evidence that the parents' education level influences the health status of their children. The mother's education has more influence than the father's.

The ratio of hospital admissions per emergency visits and the number of hospital admissions is clearly related to the parents' education level. ($P = 0.00$). Concerning the length of stay in hospital, this relationship is stronger regarding the mother's education, than the father's one. (Mother $p = 0.00$, father $= 0.018$)

Ethnicity also has an influence on children's health status. Children of african descent have greater number of hospital admissions and greater length of stay ($p=0,00$) Intensive care admissions are independent of the children's ethnic background ($p=0,00$)

This knowledge will allow a better planning of the healthcare offered to the pediatric population, and the development of strategies that effectively tackle this public health problem.

Key-words: Social Determinants of Health, Health Equity, Pediatrics, Educational Status, Ethnic Origin.

INTENCIONALMENTE EM BRANCO

Índice de figuras e tabelas

Figura 1 - Social Model of Health. Dahlgren, G. Whitehead, M. 1991.....	18
Figura 2- A estrutura conceptual para o estudo de impacto da posição socioeconómica sobre a saúde Whitehead M, Burström B, Diderichsen F. 2000.....	21
Figura 3- Da doença à pobreza. Dahlgren, G. (2003).....	22
Figura 4 - Número de internamentos por escolaridade parental	49
Tabela 1 - Seleção de Indicadores de desigualdade. Fonte Pordata (70), elaboração própria...	30
Tabela 2 - Taxa de risco pobreza antes e após transferências sociais. Fonte Pordata (70), elaboração própria	31
Tabela 3 - Caracterização demográfica da Amostra	41
Tabela 4- situação face ao trabalho dos pais	42
Tabela 5 - situação face ao trabalho conjugada.....	42
Tabela 6 - Escolaridade dos pais	42
Tabela 7- Classificação das profissões dos pais.....	43
Tabela 8 - Etnia estratificada pelo género	44
Tabela 9 - Escolaridade estratificada pela etnia.....	45
Tabela 10 - Tempo de internamento da amostra	45
Tabela 11 - Número de internamentos e ida à urgência	46
Tabela 12 - Distribuição dos diagnósticos estratificado pelo género	47
Tabela 13 - Distribuição dos diagnósticos distribuído pelas etnias	47
Tabela 14- Rácio de internamentos por idas à urgência por escolaridade parental	49
Tabela 15 - Tempo de internamento em dias por escolaridade parental	50
Tabela 16- Relação da Etnia com as variáveis em estudo.....	52
Tabela 17 - Quadro Síntese dos resultados conjugados	52

Índice

Introdução	13
Estado da Arte	15
O que é equidade em saúde?	15
Enquadramento histórico da investigação sobre desigualdades em saúde	16
Como os determinantes influenciam a saúde	17
Relação entre pobreza e saúde	21
Desigualdades em saúde na idade pediátrica	23
Realidade portuguesa das desigualdades em saúde	27
Evolução das desigualdades socioeconómicas em Portugal	29
Metodologia	33
Objetivos do estudo	33
Tipo de estudo	33
População em estudo	33
Descrição das variáveis	35
Análise de dados	38
Considerações éticas	38
Considerações metodológicas finais	38
Resultados	41
Análise descritiva dos dados	41
Análise inferencial dos dados	48
Discussão	55
Limitações e sugestões	57
Conclusão	60
Bibliografia	63
Anexo 1 – análise segundo metodologia PRISMA	1
Anexo 2 – Análise Quantitativa dos artigos selecionados para a Revisão Bibliográfica. 3	
Anexo 3 – Análise qualitativa dos artigos selecionados	1
Anexo 4 – Seleção de Estudos e justificação	6
Anexo 5 – Parecer da Comissão de Ética do Hospital Fernando da Fonseca	8
Anexo 6 – Exemplos de intervenções específicas para diminuir as desigualdades em saúde	10
Anexo 7 – Outputs de SPSS	12

Introdução

As desigualdades no estado de saúde podem ser explicadas por vários fatores como a escolaridade, situação laboral, rendimento e estilos de vida. As condições socioeconómicas podem ser incluídas nos determinantes sociais da saúde, que segundo a OMS estão associadas a iniquidades em saúde (1) e estão ligados à justiça social e ao exercício dos direitos humanos (2).

Segundo Marmot (3) as desigualdades socioeconómicas são a base dos determinantes sociais de saúde, que são a gama de fatores que interagem e moldam o bem-estar. São então estas condições de vida díspares que provocam desigualdades de poder, dinheiro e recursos. Estas diferenças nas condições de vida diárias provocam desigualdades socioeconómicas em saúde.

Foi possível assistir, desde o século XX, a um progressivo aumento das condições de vida das populações. Esta melhoria, conjugado com os avanços das disciplinas médicas, especialmente na imunização e saneamento básico, trouxe consigo um incremento positivo dos principais e mais mediáticos indicadores de saúde, como a taxa de mortalidade infantil e a esperança média de vida.

No entanto, e apesar deste avanço, persistem e em alguns casos até foram agravadas, as diferenças entre grupos sociais (4) (5) (6) (7) (8). Os determinantes sociais influenciam assim a saúde dos indivíduos pelo que é importante perceber a sua interação, medir a extensão da sua influência e criar programas que eliminem ou aliviem os seus efeitos. A OMS afirma que 10% da redução da pobreza levaria a uma diminuição dos problemas em saúde e conclui que a redução das desigualdades em saúde é um imperativo ético (9).

Em Portugal, existe forte evidência de desigualdades em saúde provocadas por fatores socioeconómicos, nomeadamente pelo nível de escolaridade e género (10). Mais concretamente na idade pediátrica, foram encontradas relações entre fatores socioeconómicos e a obesidade infantil (11) e nos adolescentes (12), entre o nível de escolaridade dos pais com a probabilidade de cáries nas crianças (13) ou com o baixo peso ao nascer (14), assim como, com a prevalência do tabagismo nos adolescentes (15).

Sabendo que as desigualdades socioeconómicas na infância contribuem para as desigualdades da mortalidade e da morbilidade na idade adulta (16), torna-se pertinente, o estudo das desigualdades em saúde nesta população específica. Este conhecimento permitirá um melhor planeamento dos cuidados oferecidos à população na idade

pediátrica, e à elaboração de estratégias que combatam de forma eficaz este problema de saúde pública.

Pretende-se então com este estudo investigar, na realidade portuguesa do distrito de Lisboa, sobre a relação entre os determinantes sociais e seus efeitos na saúde das crianças e adolescentes. Este trabalho será centrado na escolaridade e etnia.

Estado da Arte

O que é equidade em saúde?

A equidade em saúde está intrinsecamente ligada ao exercício dos direitos humanos. (17) Podemos definir desigualdades em saúde como a ausência de diferenças sistemáticas, e potencialmente evitáveis, em um ou mais aspetos da saúde, entre grupos populacionais caracterizados social, geográfica ou demograficamente (18). Já o conceito de equidade tem uma dimensão moral e ética, faz referência a diferenças que além de desnecessárias e evitáveis, são injustas (19). A evolução desta definição tornou explícito o reconhecimento que “saúde média” não é a única preocupação, a distribuição de saúde dentro e entre populações é também relevante. Este conceito também se concentra na justiça de oportunidades para alcançar um melhor estado de saúde, com o propósito de tornar explícita a noção de que as desigualdades podem ser medidas e monitorizadas ao longo do tempo (20).

Segundo West (1981) existem dois princípios de equidade: equidade horizontal, que se traduz num tratamento igual para situações iguais, e numa equidade vertical, que pode ser entendida em tratar diferente o que é diferente. Estas definições estão intrinsecamente ligadas a “uma visão de justiça na distribuição de alguma coisa” (21).

Mooney (1983) clarifica as três diferentes possibilidades de definições de equidade em saúde, igualdade de saúde, sobre a dimensão da justiça distributiva, julgando as políticas apenas pelas consequências finais que produzem, igualdade na utilização (para igual necessidade), sendo esta uma dimensão intrinsecamente ligada ao conceito de necessidade e procura de cuidados, e igualdade de acesso (para igual necessidade) onde é introduzido o conceito de custos diferenciais, no âmbito do custo oportunidade e o custo de perda de bem-estar (22) (23) (2).

O conceito de “igual tratamento” ou “igual” não é fácil de definir, pelo que existem pelo menos seis abordagens diferentes à noção de equidade (23) (24): igualdade, direitos, mínimo decente, utilitarismo, maximim (Rawls), e *envy-free*.

A abordagem da igualdade foca-se nos benefícios líquidos, como a igualdade no estado de saúde ou nos recursos tornados disponíveis. Pode ser entendida como igual tratamento para igual necessidade (24).

Segundo o conceito de direitos, uma determinada distribuição é considerada equitativa desde que o individuo tenha obtido os recursos de forma justa. É, portanto, focada nos meios e não nos fins (24).

A noção de “mínimo decente” pode ser definida como a provisão de uma quantidade mínima de cuidados de saúde. Em termos de aplicação tem o problema óbvio de se definir o que é esse mínimo decente (24).

Num contexto de utilitarismo, a equidade é entendida como a possibilidade de realizar uma escolha, a capacidade que o indivíduo tem de transformar recursos em diversas atividades do seu quotidiano (24).

Rawls considera que a equidade deve ser orientada para o princípio de justiça distributiva. Afirma que cada indivíduo, através do véu da ignorância, procura maximizar a posição do pior elemento da sociedade antes de saber qual a sua própria posição (24).

A definição de “envy-free” implica o cenário em que uma distribuição se torna equitativa se cada pessoa não estiver disposta a ter o cabaz de consumo de outra pessoa (24).

Enquadramento histórico da investigação sobre desigualdades em saúde

Talvez dos primeiros estudos quantitativos a abordar esta questão possa ser atribuído a Louis-René Villermé, que em 1828 observou diferenças na mortalidade dos trabalhadores admitidos nos hospitais parisienses. Aqueles que possuíam mais qualificação, e por consequência mais rendimento, tinham uma taxa de mortalidade menor que os seus congéneres com menos qualificação (25). Ainda no século XIX, John Snow, nas epidemias de cólera em Londres, e Rudolph Virchow nos seus estudos sobre o tifo epidémico na Alta Silésia, produziram importantes trabalhos sobre este tema, demonstrando também a relação entre fatores socioeconómicos e o seu impacto na saúde das populações (26).

Foi também no século XIX que surgiram as primeiras publicações relacionando a saúde infantil com as condições sociais. Engels relatou taxas de mortalidade mais elevadas de varíola, sarampo, escarlatina e tosse convulsa, na classe operária que nas classes mais favorecidas. Também descreveu uma maior probabilidade de trauma, afogamento e queimaduras em crianças nas famílias mais pobres, em que ambos os pais tinham que trabalhar (27).

Na década de 1960, voltamos a assistir a um importante estudo nesta área, Whitehall, liderado por Michael Marmot, numa coorte prospetiva composta por funcionários públicos ingleses, tendo concluído, que os trabalhadores com menos qualificações tinham uma probabilidade três vezes superior de falecer que os seus colegas com mais qualificações (28). Em 1967 Antonovsky (29), publica a relação existente entre esperança de vida e classe social do indivíduo, demonstrando que classes sociais mais

abastadas têm uma maior longevidade. O Black Report (1980) e o relatório Acheson (1998) (30) (31) chegaram a conclusões similares, tendo o primeiro demonstrado um risco 2,5 vezes superior de morrer nas classes sociais mais desfavorecidas.

Na declaração de Alma-Ata (32) encontra-se uma clara preocupação com as desigualdades em saúde, sendo classificadas como inaceitáveis, do ponto de vista político, social e económico.

Deaton e Case (6) nos EUA, demonstraram que existe uma diminuição da esperança média de vida dos homens americanos, caucasianos e não-hispânicos. Esta diminuição da esperança média de vida, num país desenvolvido e em paz, foi apenas registada na Rússia imediatamente após a desagregação da URSS. Analisando melhor o estudo, chegamos à conclusão que o grupo que viu a sua esperança de vida reduzida foram os indivíduos com menos educação. Em 1999, este grupo tinha uma probabilidade de morrer 2,6 vezes superior em relação aos indivíduos com maior grau de educação. Em 2015 esta rácio tinha aumentado para 4,1.

Em 2015 a National Academy of Sciences, confirmou que após os 50 anos de idade, a diferença na esperança de vida relacionada com o nível de rendimento, era maior para os nascidos em 1960 do que para os nascidos em 1930 (7).

Apesar do avanço científico nas disciplinas que suportam os cuidados de saúde, que estão associados a uma melhoria significativa dos principais indicadores, ainda persistem enormes diferenças de saúde entre os diferentes grupos sociais de crianças (33).

Como os determinantes influenciam a saúde

Um dos modelos mais conhecido que tenta fazer a representação gráfica da inter-relação entre os fatores determinantes da saúde é o modelo de arco-íris de Dahlgreen e Whitehead (1991) (34):

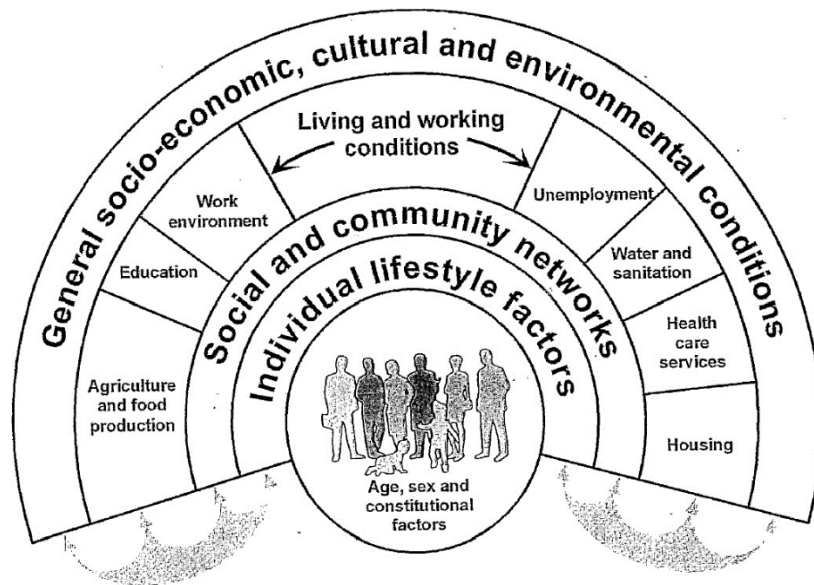


Figura 1 - Social Model of Health. Dahlgren, G. Whitehead, M. 1991

Este modelo, de abordagem holística, tenta construir uma relação entre o indivíduo, o seu ambiente social e a saúde. Os indivíduos estão no centro, com as suas características fixas. A rodear o nível dos indivíduos, encontramos os fatores que podem ser modificados. A primeira camada são os comportamentos individuais que podem influenciar positivamente ou negativamente a saúde, como a dieta ou a decisão de fumar. Estas decisões são influenciadas pelo nível seguinte, as influências da rede social e da comunidade, que têm um importante papel nestas escolhas e na sua manutenção. O nível seguinte relaciona-se com os fatores estruturais, como a situação face à profissão, o acesso aos cuidados de saúde e educação. Por fim, temos a situação política e socioeconómica geral, que tem uma influência decisiva na forma como as políticas económicas, de saúde e educação são planeadas e executadas.

Apenas com esta identificação e compreensão é possível delinear um plano que se traduza numa correta consecução. Podemos enumerar algumas dimensões da desigualdade e forma como estes determinantes influenciam a saúde:

Diferenças na idade

As escolhas de saúde, incluindo hábitos alimentares, de exercício e de abuso de substâncias sofrem uma alteração durante a adolescência (35). As desigualdades em saúde modificam ou pioram nesta fase e traduzem-se em problemas de saúde continuados e desigualdades na idade adulta. Estas premissas têm importantes implicações na altura escolhida para realizar as intervenções em saúde, e reforçam a

ideia que o investimento na saúde dos jovens tem que ser sustentado para consolidar os sucessos alcançados nas intervenções realizadas durante a primeira infância (35).

Diferenças de gênero

Existe evidência clara de desigualdades em saúde relativas ao gênero (35). Os rapazes, de uma forma geral, envolvem-se em atividades que externalizam mais os comportamentos de saúde, como álcool ou lutas, enquanto as raparigas tendem a lidar com questões de saúde de uma forma mais emocional ou internalizada, muitas vezes manifestando sintomas psicossomáticos (35).

Diferenças de gênero para alguns comportamentos e indicadores de saúde, como tentativas de perda de peso ou queixas psicossomáticas, tendem a aumentar durante a adolescência, indicando que é um período crucial para o desenvolvimento de diferenças de saúde que se repercutem na idade adulta. Combater as desigualdades em saúde dos jovens através de uma perspectiva de gênero tem um potencial considerável de reduzir estas diferenças na idade adulta (35). A magnitude destas diferenças varia consideravelmente entre países. Diferenças de gênero em sintomas psicológicos e psicossomáticos, por exemplo, é mais acentuada em países com um baixo índice de desenvolvimento de gênero (36). Da mesma forma, a diferença de gênero no alcoolismo é maior nos países do leste europeu. Estas descobertas realçam a importância de incorporar os fatores socioeconómicos, a nível de planeamento macro, para estudar e reduzir as desigualdades de saúde baseadas no gênero.

Diferenças com base na escolaridade

A relação entre educação e saúde é demonstrada por diversos estudos levando, atualmente, muitos países a utilizar medidas educativas tendo como objetivo a redução das desigualdades em saúde (2).

Uma maior escolaridade está correlacionada com menos problemas de hipertensão, enfisema ou diabetes. Têm também menos absentismo e referem menos vezes que têm um mau estado de saúde, ansiedade ou depressão. Em relação a comportamentos de risco, as pessoas de nível de escolaridade mais baixo são as que mais fumam, tomam mais bebidas alcoólicas, praticam menos atividade física, consomem mais substâncias ilícitas, são mais obesas e acedem menos a cuidados preventivos (como vacinas contra gripe, mamografias ou colonoscopias). Menor literacia leva a uma menor utilização de cuidados preventivos. No Brasil foi observado uma relação direta entre escolaridade e realização de mamografia (2). Uma maior escolaridade está associada a um melhor estado de saúde, bem como a uma maior auto percepção de saúde (10).

Apesar do aumento do nível de instrução nos últimos anos, mantêm-se as desigualdades em saúde e, em muitos casos, continuam a aumentar. A educação das mulheres tem maior impacto nos resultados em saúde do que a educação dos homens. A instrução das mães está fortemente associada com a saúde das crianças, quer nos países mais desenvolvidos, quer nos países em vias de desenvolvimento (2).

Diferenças baseadas na etnia e língua materna

Podemos definir etnia como uma entidade que engloba uma série de elementos de ordem cultural e material, tais como língua, território, economia, história e cultura comuns, consciência e solidariedade étnica, organização política, urbana, social e estrutura familiar (37) (38) (39) (40).

Este conceito implica um processo bidirecional de auto e hétero-identificação (41). Ou seja, a par de uma definição interna de identidade por parte de determinado ator ou grupo étnico, há igualmente uma definição externa por parte de outro indivíduo.

Existe forte evidência de desigualdades em saúde com base na etnia e língua materna, sendo sujeitos a uma maior taxa de mortalidade, pior saúde oral e uma maior percentagem de nascimentos pré-termo e baixo peso (10) (42), como demonstrado também por Zook (2016), em que os resultados da triagem na urgência são diferentes conforme a etnia (43) Harrison (2012) em que a baixa proficiência na língua está relacionada com o abandono da urgência sem diagnóstico médico (44) e por Geyer (2002), que demonstrou que os filhos de imigrantes ficam mais tempo internados para a mesma doença (4).

Diferenças com base na ocupação e posição fase ao trabalho

Existe uma forte associação entre estar desempregado, ou possuir ocupações menos diferenciadas, com um pior estado de saúde (10), e uma pior auto percepção do estado de saúde (45). Existe um gradiente social, descrito por Marmot, em que os trabalhadores com menos qualificações tinham uma probabilidade três vezes superior de falecer que os seus colegas com mais qualificações (28).

Diferenças relacionadas com o estatuto socioeconómico

O estatuto social da família é um preditor importante da saúde dos seus membros. De uma maneira geral, o custo pode restringir as oportunidades de a família adotar hábitos saudáveis, como melhorar a alimentação, participar em atividades físicas ou ter acesso a cuidados de saúde (35). Jovens que vivem em países bastante desiguais são mais

vulneráveis em termos de saúde, independentemente do estatuto social da sua família (35). Por outro lado, uma maior disponibilidade financeira está relacionada com melhores resultados em saúde, (10) bem como uma melhor auto percepção do estado de saúde (10) (45).

O excesso de mortalidade nos grupos socioeconómicos mais baixos é 25-50% superior que nos grupos mais favorecidos. Estas desigualdades tendem a ser maiores nos homens que nas mulheres (46).

Segundo Mackenbach (2006), os indivíduos posicionados numa classe social mais baixa apresentam maiores níveis de stress, vivendo de forma negativa os eventos da vida diária. Têm também um acesso reduzido e dificultado à saúde, estão mais expostos a riscos nos seus locais de trabalho e nos seus lares. Todos estes fatores contribuem para a criação de mecanismos de *coping* desajustados, como consumo de tabaco, álcool, uma dieta inadequada e falta de exercício físico (47).

Whitehead (2000) propôs uma estrutura conceptual para explicar o impacto da posição socioeconómica na saúde. O contexto e as políticas públicas influenciam a classe social do indivíduo, que por sua vez, e em conjunto, determinam riscos específicos que produzem resultados em saúde (48), como pode ser observado na figura 2:

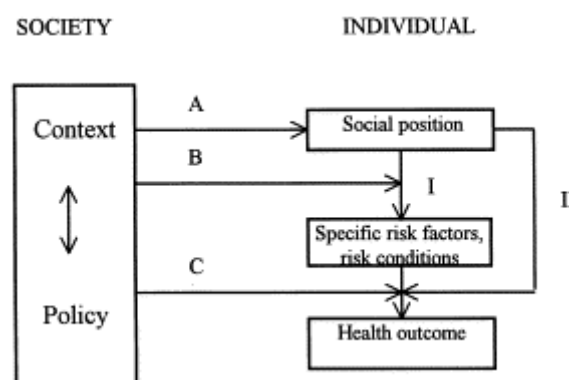


Figura 2- A estrutura conceptual para o estudo de impacto da posição socioeconómica sobre a saúde Whitehead M, Burström B, Diderichsen F. 2000

Relação entre pobreza e saúde

A pobreza limita grandemente a possibilidade de viver uma vida saudável (46). Uma melhor saúde é essencial para a felicidade humana e para o bem-estar. Produz também uma contribuição importante para o progresso económico, uma vez que populações saudáveis vivem mais tempo, são mais produtivas e poupam mais (49). A pobreza cria doença pois força as pessoas a viver em ambientes que as fazem adoecer, sem

habitação decente, água potável e condições sanitárias adequadas. De fato, a pobreza é o maior inimigo da saúde (49).

Assim como a pobreza cria doença, também a doença cria pobreza, pois cria uma pressão adicional sobre os orçamentos familiares. De forma inversa, uma boa saúde pode criar condições para a saída da pobreza (46).

O impacto negativo da pobreza na saúde aumenta na mesma medida em que progridem as políticas que privilegiam a gestão pelos mercados de serviços essenciais, como a saúde, educação, habitação, energia, água e transportes públicos. A pobreza produz um efeito divergente na sociedade, pois reforça a vulnerabilidade das populações mais carenciadas, além de produzir interações que se reforçam mutuamente, agravando o risco de doença (46).

O efeito da pobreza na saúde é ainda marginalizado. A própria OMS apenas lista a pobreza como causa de doença no fim da sua classificação internacional de doenças. (46) (50). Dahlgren e Whitehead (2007) propõem o nome de “doenças relacionadas com a pobreza” para todas as doenças direta ou indiretamente causadas pela pobreza. Este conceito, iria substituir os existentes de “doenças tropicais” ou de “doenças de países ricos” que são enganadores e capciosos (51).

O trajeto de um mau estado de saúde à pobreza é efetuado através de co-pagamentos elevados, perda de produtividade, aumento do absentismo e más estratégias de *coping*, como ilustrado na figura 3:

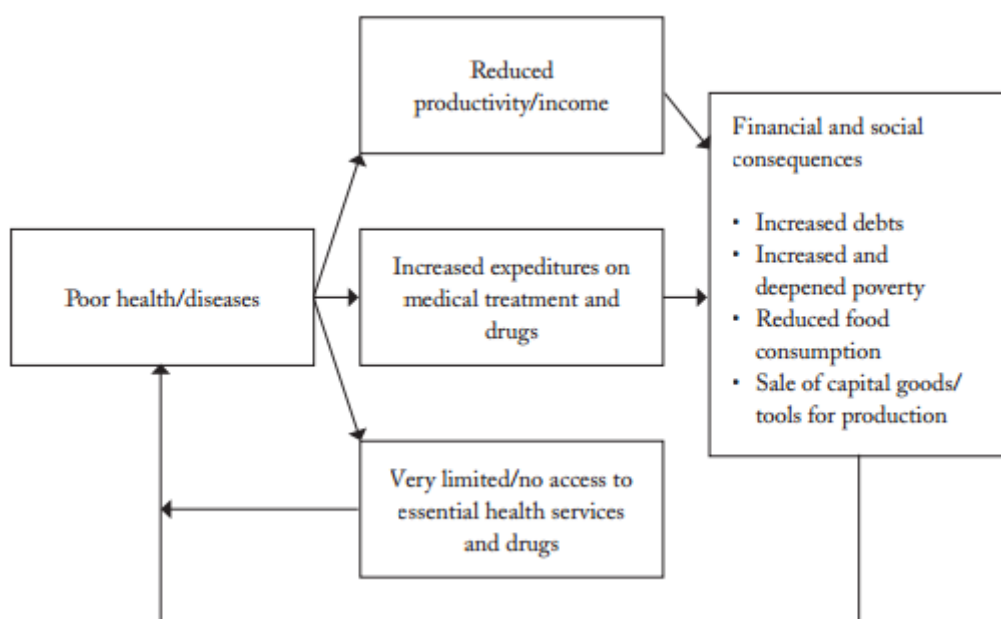


Figura 3- Da doença à pobreza. Dahlgren, G. (2003) (52)

A criação de sistemas públicos de saúde de estados sociais robustos na maioria dos países europeus tornou possível atenuar este ciclo vicioso. No entanto, as reformas favorecendo a privatização e mercantilização da saúde, tem revertido alguns destes ganhos (46). Um mau estado de saúde pode, portanto, levar os indivíduos e as famílias até à armadilha da pobreza, na qual os dois fatores em questão se alimentam mutuamente tornando extremamente difícil a sua quebra (53).

É possível concluir, que estratégias que melhorem o estado de saúde das populações irão ter um efeito benéfico no combate à pobreza. Uma saúde melhorada cria oportunidades para os indivíduos com recursos limitados poderem trabalhar para sair da pobreza. Crianças de famílias pobres, mas com pais saudáveis, têm uma maior probabilidade de saírem da pobreza que as que têm pais com problemas do foro da saúde mental ou de adições (46).

Qualquer estratégia de combate à pobreza terá de englobar estratégias de melhoria do estado de saúde. Sendo este problema multifatorial, qualquer programa que ataque com sucesso a pobreza tem que incluir estratégias inclusivas e equitativas de melhoria do estado de saúde (54).

Desigualdades em saúde na idade pediátrica

As desigualdades sociais em saúde nas crianças fornecem um dos exemplos mais claros de injustiça (51). Estas desigualdades começam a revelar-se cedo e persistem ao longo da vida (46).

De forma a identificar os fatores que sustentam as desigualdades, e descrever a sua evidência, foi efetuada uma revisão da literatura. Esta revisão teve como principal objetivo a descrição da evidência existente sobre a influência dos determinantes sociais na saúde das crianças e adolescentes, em contexto hospitalar.

Metodologia da Revisão efetuada

Estratégia de Pesquisa

A revisão sistemática da literatura foi conduzida sobre artigos que relacionassem os determinantes sociais com efeitos na saúde na idade pediátrica em contexto hospitalar. Foram seguidas as normas PRISMA para elaborar uma revisão. Foram procurados artigos na PubMed, Scielo e bases de dados da Cochrane. Por não haver muitos trabalhos publicados neste tema, o limite temporal para artigos publicados foi desde 1 de janeiro de 2000 até junho 2016. Para além dos resultados diretos da pesquisa,

também foram encontrados e incluídos artigos relevantes identificados no processo de revisão.

Seleção dos Estudos

Foram selecionados estudos que apresentassem amostras pediátricas em contexto hospitalar, quer em contexto de urgência, quer em contexto de internamento. Foram definidos os seguintes critérios de exclusão: serem artigos de revisão, serem artigos de opinião e editoriais, relacionarem com questões de acesso aos cuidados de saúde, não serem efetuados em ambiente hospitalar.

Extração de Dados

Dos estudos selecionados foram extraídas as seguintes informações: ano e país de publicação, objetivo de estudo, metodologia usada, amostra, colheita e análise de dados, o local do estudo, resultados, quais os principais indicadores socioeconómicos usados, e quais os principais indicadores de doença das crianças e adolescente usados. Cada publicação foi também avaliada pelos seus pontos fortes e limitações, bem como possíveis fontes de viés de informação e seleção. Encontra-se disponível para consulta em anexo 1.

Apresentação de Dados

Após a extração dos dados, a informação foi primeiramente compilada em forma de tabela quantitativa, onde se destacam o contexto onde os estudos foram realizados, o tipo de amostra, a forma de categorizar os indicadores socioeconómicos dos pais e de saúde das crianças. Foi igualmente elaborada uma análise qualitativa, em forma de tabela sumária, dos resultados encontrados. Ambas as tabelas encontram-se disponíveis para consulta no anexo 2 e 3 respetivamente.

Resultados

Seleção de Estudos

Em anexo 4 está demonstrado de forma gráfica o número de publicações identificadas, triadas e escolhidas para serem incluídas, bem como as que foram excluídas em cada estadio de desenvolvimento deste trabalho, com a respetiva justificação

Foram identificadas 119 potenciais publicações para entrar na revisão. Após remover os duplicados e após leitura dos resultados, foi efetuada uma triagem inicial, tendo sido

selecionados 28 artigos. Após a avaliação individual, a causa mais comum de exclusão foram os artigos que não relacionavam fatores socioeconômicos com a saúde das crianças e adolescentes, assim como artigos de opinião e de revisão. Foram excluídos desta forma 11 artigos, tendo ficado elegíveis para análise um total de 17 artigos.

Características dos Estudos

Todos os estudos selecionados são observacionais, e com a exceção de um artigo descritivo, são do tipo analítico. A maioria foi construído de forma retrospectiva, sendo que seis usam coortes específicas e construídas para o estudo. As fontes dos dados, são na sua maioria, as bases de dados hospitalares e do seguro de saúde. Há também um estudo que usa os dados de censos e outro que usa exclusivamente os dados da coorte. Quanto aos países de origem dos estudos, doze são referentes aos EUA, sendo que Canadá, Alemanha, Reino Unido, Nigéria e China contam com 1 estudo.

As amostras são sempre em número consideráveis, variando entre 337 crianças e adolescentes (55) e amostras superiores a um milhão de casos (56). Em dez estudos, a amostra é proveniente de dados de urgências pediátricas, noutros sete estudos os dados são recolhidos de internamentos pediátricos, e houve um estudo que usou dados de ambos. A grande maioria usou análises de regressão, linear ou de Cox, para quantificar as desigualdades.

O contexto socioeconômico dos pais, foi calculado na sua grande maioria, através do tipo de seguro de saúde – 10 estudos. A etnia e o local de residência foram também determinantes bastante usados, em nove e oito ocasiões respetivamente. A nacionalidade, situação laboral e escolaridade também foram usados em 3 estudos. A definição de doença das crianças e adolescentes, foi medido através da incidência de um diagnóstico específico, em 7 ocasiões, em caso de falecer em 5 estudos, a duração do internamento e o local de internamento foram utilizados em 5 e 3 estudos respetivamente. Um estudo que usou dados do resultado da classificação de triagem e outro a prescrição de exames de imagiologia. O regresso à urgência em menos de 72 horas, e o seu abandono, também foram usados como indicadores de doença. No estudo descritivo, foram incluídas todas as crianças internadas no período em análise.

Síntese de Resultados

Dos 17 estudos selecionados para análise, apenas três não encontraram relação entre fatores socioeconômicos e a saúde na idade pediátrica.

Discussão

Resumo da Evidência

Esta revisão identificou 17 artigos publicados que relacionam os determinantes sociais com resultados em saúde na idade pediátrica.

Os estudos selecionados são consensuais sobre qual o tipo de metodologia a utilizar, análise estatística e forma de medir as desigualdades socioeconómicas. Existe, no entanto, maior variabilidade na forma de medir a saúde das crianças e adolescentes, sendo que a maioria dos estudos usaram um diagnóstico ou resultado de saúde específicos e únicos.

O tipo de seguro, local de residência e a etnia foram os determinantes mais estudados, sendo uma das possíveis explicações o facto de a origem maioritária dos estudos serem os EUA.

É possível também observar a presença de dois determinantes a atuar ao mesmo tempo no mesmo sentido, como a etnia, rendimento ou tipo de seguro, o que torna difícil identificar qual o principal fator predisponente das desigualdades em saúde. Muitas vezes, estes determinantes estão de tal maneira interligados, que a sua fronteira de influência se torna demasiado ténue para poder ser identificada.

Em muitos estudos, foi encontrada a mesma relação para etnia e tipo de seguro, sendo que os afro-americanos e latinos tinham na sua maioria, seguros públicos. Não deixa de ser preocupante, que em alguns estudos, estratificando para o mesmo tipo de seguro ou rendimento, as diferenças com base na etnia persistiam. Não sendo o objetivo deste artigo explorar as razões para esta desigualdade, não deixa de ser um importante motivo de reflexão e preocupação. Uma possível sugestão de futuras investigações, será averiguar se estas desigualdades são algo endémico na cultura e sociologia dos EUA, ou se seria possível encontrar os mesmos resultados em Portugal.

É possível concluir, que existe uma forte evidência na relação entre desigualdades em saúde na idade pediátrica e os fatores socioeconómicos. É interessante constatar, que alguns estudos não se limitaram a descrever a desigualdade, mas conseguiram observar um gradiente social que protege os grupos economicamente mais favorecidos.

Na elaboração desta revisão bibliográfica identificaram-se algumas limitações que não devem ser descuradas. Os estudos sobre esta temática são de difícil comparação, essencialmente pela medida de saúde da idade pediátrica. Alguns estudos apenas se

focaram num diagnóstico, numa queixa específica de ida à urgência ou num resultado específico de saúde.

Por outro lado, o facto de a maioria dos estudos terem sido realizados nos EUA, onde existe uma realidade de sistema de saúde completamente diferente, torna a que extrapolação para outros países com sistemas de saúde baseados em prestadores públicos ou de seguro obrigatório, seja feita com algumas reservas.

A estratégia de pesquisa de artigos, apesar de estruturada, não pode ser considerada como isenta de falhas, e pode não ter sido totalmente compreensiva.

Finalmente, esta revisão foca-se apenas em questões de desigualdade em saúde, deixando de fora as questões de acesso e de estratégias para minorar as desigualdades. Incluir estas variáveis, teria sido bastante interessante e enriquecedor. No entanto, para evitar um aglomerado demasiado grande de variáveis, deixou-se fora estes fatores. Seria deveras pertinente elaborar uma revisão focada nestas questões.

Fica demonstrado que existe forte evidência da influência dos fatores socioeconómicos na saúde em idade pediátrica. Apesar de nenhuma das publicações selecionadas apresentar dados colhidos em Portugal, é seguro afirmar que é possível encontrar esta mesma relação nas crianças e adolescentes, até pela demonstração desta relação encontrada na comunidade. É importante estudar mais esta área, identificar os determinantes sociais mais importantes bem como as populações mais vulneráveis, para melhor poder planear os cuidados de saúde e combater as desigualdades que persistem cronicamente na sociedade portuguesa.

Realidade portuguesa das desigualdades em saúde

As desigualdades económicas são uma realidade omnipresente na nossa sociedade, e o nosso país não é exceção. Estas desigualdades manifestam e ajudam a reproduzir fossos de oportunidades e de condições de vida em várias áreas e a diferentes escalas (57). Segundo o relatório da Comissão Europeia (2015) sobre desigualdades económicas nos estados membros, Portugal surge como um dos países mais desiguais, apresentando inclusive, o segundo pior índice Gini, apenas ultrapassado pela Bulgária (58).

Tal como no resto da Europa, persistem desigualdades substanciais, particularmente quando comparados os grupos mais socialmente favorecidos com os mais desfavorecidos. Pessoas com menos escolaridade, de menor classe social ou menor rendimento, tendem a morrer mais cedo e a padecer de mais doença (8).

A equidade observada pela dimensão da prestação de cuidados, consta do artigo 64 da constituição da República Portuguesa e na Lei de Bases da Saúde (59) (60). A preocupação com a equidade no acesso está, portanto, bem explícita no enquadramento normativo e legal nacional (5).

Bago d'Uva (2007) concluiu que existe uma iniquidade a favor das classes economicamente mais favorecidas ao nível dos cuidados hospitalares ou especialistas, e uma iniquidade que favorece os indivíduos mais desfavorecidos ao nível das consultas de clínica geral (61). Foi também salientado o facto de, analogamente à iniquidade revelada a favor dos mais ricos no acesso a consultas de especialidade, também ser possível observar uma iniquidade semelhante ao nível dos indivíduos que apresentam um maior crescimento ao nível dos seus rendimentos.

A questão das desigualdades em saúde em Portugal não tem sido uma prioridade dos decisores políticos, apesar de estar inscrita legislação (62) (59). Na elaboração do plano nacional de saúde 2010-2016, foi inscrita a preocupação por uma maior equidade na saúde e nos acessos aos cuidados de saúde, embora a crise financeira e orçamental tenha reduzido a importância deste objetivo.

Existe também, um maior enfoque nas questões de acesso, que nas desigualdades propriamente ditas. As duas avaliações da OMS ao plano nacional de saúde concluíram que havia uma “importante lacuna política” quanto a estratégias e programas de combate às desigualdades (63) (64), e recomenda que Portugal:

“Efetue uma revisão abrangente dos determinantes sociais da saúde e das desigualdades na saúde e que sejam desenvolvidos sistemas de informação de saúde permitindo informação e controlo da equidade em saúde regular com relação a fatores socioeconômicos, respeitando a privacidade dos indivíduos”

Alguns estudos analíticos sobre a extensão das desigualdades em saúde já foram efetuados em Portugal. Antunes encontrou diferenças de saúde, ao nível da longevidade nas diferentes classes sociais em Portugal, que favorece as mais privilegiadas (65). Existe também evidência, que a escolaridade (10) (57) e o género são determinantes bastante influenciadores do estado de saúde, especialmente na obesidade, no estado de saúde auto reportado e na saúde mental (10).

Na realidade pediátrica, foram relacionados fatores socioeconómicos com a obesidade nas crianças, em que meninas residentes em bairros pobres ou inseguros tinham maior risco de obesidade (11), e nos adolescentes, em que a escolaridade parental tinha influência positiva no índice de massa corporal dos filhos (12). Foi também demonstrada o papel protetor da escolaridade dos pais na proteção das cáries nos filhos adolescentes

(13), e do baixo peso ao nascer dos recém-nascidos (14). Existe também evidência de uma relação inversa entre o estatuto socioeconómico do adolescente e a prevalência do tabagismo (15). Machado (2006) descreve como os recém-nascidos filhos de imigrantes, tinham uma maior mortalidade neonatal, e morbilidade e menor acesso aos cuidados de saúde primários, o que se repercutia em maior utilização da urgência hospitalar (42).

Evolução das desigualdades socioeconómicas em Portugal

Por ocasião da comemoração do Dia Internacional da Erradicação da Pobreza, o INE apresentou os resultados definitivos do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (66) realizado em 2014. Concluiu que:

“Manteve-se o agravamento da taxa de intensidade da pobreza e uma forte desigualdade na distribuição dos rendimentos.”

De referir que, para as pessoas em situação de maior vulnerabilidade, a falta de capacidade financeira para suportar estas despesas de saúde assumiu proporções bastante significativas, tendo sido referida por 73,6% das pessoas que se encontravam simultaneamente em risco de pobreza e em privação material relativamente a exames ou tratamentos médicos, e 96,4% relativamente a exames ou tratamentos dentários.

A maneira tradicional de medir as desigualdades na saúde é através do nível socioeconómico, que pode ser definido pela posição de um indivíduo no mercado de trabalho. No entanto, dimensões como género, etnia, idade e local de residência são dimensões importantes da diferença social (35).

As desigualdades socioeconómicas, que dão origem às desigualdades em saúde são medidas com base em indicadores específicos, os índices de desigualdade (67). O índice de Gini é, possivelmente, o indicador de desigualdade mais conhecido e utilizado em estudos de desigualdade e revela-se particularmente sensível às assimetrias dos rendimentos situados nas partes centrais da distribuição (67). Como desvantagem, o índice de Gini não torna visível onde na distribuição de rendimentos ocorre a desigualdade. É então possível, duas distribuições de rendimentos diferentes possuírem o mesmo índice de Gini (68). Varia entre 0 e 1, em que 0 significa a total igualdade, e 1 é entendido como a desigualdade extrema, em que uma pessoa receberia todo o rendimento disponível.

A taxa de intensidade de pobreza mede a distância relativa entre o rendimento monetário equivalente mediano dos indivíduos que estão abaixo da linha de pobreza

(60% do rendimento equivalente mediano) e a própria linha de pobreza, expressa em percentagem da linha de pobreza (69).

A comparação da proporção do rendimento das diferentes partes da distribuição está na origem de indicadores muito simples e intuitivos da desigualdade. Estes índices, baseados no rácio entre os “shares” de diferentes percentis de distribuição, estão hoje igualmente consagrados nos indicadores utilizados pela UE para comparar diferentes níveis de desigualdade, em particular o que relaciona o share dos dois primeiros decis com a proporção do rendimento total auferida pelos 20% mais ricos (67).

A utilização de diferentes índices de desigualdade permite focar a observação da desigualdade em diferentes partes da distribuição dos rendimentos. Apesar dos valores obtidos em cada um dos diferentes índices não serem diretamente comparáveis entre si a sua leitura conjunta permite uma análise mais aprofundada da evolução das desigualdades (67).

Na tabela 1 encontra-se sintetizado a evolução recente destes três indicadores. De realçar a crescente lenta equalização da sociedade até 2009, altura em que voltamos a assistir ao aprofundar as desigualdades socioeconómicas.

Tabela 1 - Seleção de Indicadores de desigualdade. Fonte Pordata (70), elaboração própria

	1994	2004	2009	2012	2014
<i>Evolução do índice Gini</i>	0,37	0,381	0,337	0,342	0,34
<i>Evolução da Taxa de Intensidade de pobreza</i>	28	26	22,7	27,4	29
<i>S80/S20</i>	7,4	7	5,6	6	6

A taxa de risco de pobreza antes de transferências sociais, define-se como a proporção da população cujo rendimento equivalente, antes de transferências sociais, se encontra abaixo da linha de pobreza, isto é, quando a única transferência de rendimento do Estado para as famílias se refere às pensões (não se contabilizando outro tipo de transferências de rendimento para as famílias como, no caso português, o Rendimento Social de Inserção, entre outros) (69). O conceito de taxa de risco de pobreza após transferências sociais, é entendido como a porção da população com rendimento disponível equivalente abaixo da linha de pobreza, definida como 60% do rendimento médio nacional equivalente após as transferências sociais (69).

Na tabela 2, é possível analisar a evolução recente deste indicador de desigualdade. De realçar o crescimento constante da proporção da população em risco de pobreza antes das transferências sociais e o peso cada vez maior assumido pelo estado para reduzir a pobreza. No entanto, desde 2012, esta atuação foi diminuída, pelo que há uma maior proporção de indivíduos em risco de pobreza mesmo após transferências sociais.

Tabela 2 - Taxa de risco pobreza antes e após transferências sociais. Fonte Pordata (70), elaboração própria

1994	Antes de Transferências	37%
	Após Transferências	23%
2004	Antes de Transferências	40,8%
	Após Transferências	19,4%
2009	Antes de Transferências	43,4%
	Após Transferências	17,9%
2012	Antes de Transferências	46,9%
	Após Transferências	18,7%
2014	Antes de Transferências	47,8%
	Após Transferências	19,5%

No capítulo seguinte encontra-se a explicação da metodologia seguida neste estudo.

INTENCIONALMENTE EM BRANCO

Metodologia

Objetivos do estudo

Existem poucos estudos realizados sobre as desigualdades em saúde no contexto de urgência pediátrica, sendo que a nível nacional, na revisão da literatura efetuada, nenhum foi encontrado. Este fato aumenta a pertinência e o interesse de um estudo que agregue a relação entre determinantes sociais e o estado saúde pediátrico neste contexto de prestação de cuidados de saúde.

Pretende-se então atingir o seguinte objetivo com este estudo: investigar a realidade portuguesa sobre a relação entre os determinantes sociais escolaridade e etnia e seus efeitos na saúde das crianças e adolescentes em contexto de urgência pediátrica.

É possível assim, além do objetivo geral já referido, elaborar os seguintes objetivos específicos:

- caracterizar a população admitida e internada através da urgência pediátrica;
- identificar as condições de saúde da população estudada;
- identificar as condições socioeconómicas da população estudada;
- relacionar as condições socioeconómicas com o estado de saúde;
- identificar os determinantes sociais com mais influência no estado de saúde

Tipo de estudo

O presente estudo é observacional e analítico visto que aborda, com mais profundidade, a relação entre o estado de saúde e outras variáveis socioeconómicas (71). Além de ser analítico, possui também uma dimensão descritiva, pois pretende caracterizar as desigualdades em saúde, tendo como principal objetivo discriminar os fatores determinantes ou conceitos que possam estar associados ao fenómeno em estudo (72).

Foi construído na forma retrospectiva quanto ao tempo e correlacional quanto à unidade de estudo.

População em estudo

Este estudo foi realizado num hospital do SNS que serve o concelho da Amadora e Sintra. Na região da Amadora residem 175.136 habitantes, dos quais 92.794 são do sexo feminino (73). Possuem necessidades especiais, fruto da conjugação de vários fatores, tais como um baixo nível de escolaridade, que se reflete em 11.752 analfabetos,

37.290 pessoas com apenas a 4ª classe e 47.863 que frequentaram até o 9º ano de escolaridade. Esta baixa escolaridade tem repercussão nos cerca de 13 mil desempregados do concelho, sendo a sua maioria mulheres. Na população residente da Amadora, existem cerca de 12% de imigrantes registados, quando a média nacional são 3,8%. A origem é heterogénea, embora com predomínio dos PALOP's e com aumento da origem asiática nos últimos anos (74). Este número elevado de imigrantes, especialmente vindos de países que não falam português, faz com que as barreiras culturais no acesso aos cuidados de saúde possam ser mais sentidas.

Em termos de acesso aos cuidados médicos, 42% da população do concelho da Amadora inscrita no ACES não tem médico de família. Temos, assim, mais de 80 mil pessoas sem acesso a cuidados de saúde primários de forma efetiva e regular, o que produz uma sobrecarga sobre o hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca (74). De facto, segundo Nunes (2011), na urgência pediátrica do Hospital Fernando da Fonseca cerca de 50% de todos os episódios observados são considerados como utilização injustificada (75). É assim possível concluir que a sobre utilização e inadequação da procura são fenómenos presentes no Serviço de Urgência Pediátrica.

O concelho de Sintra insere-se na área metropolitana de Lisboa, é constituído por uma área total de cerca de 317 Km² o que corresponde a cerca de 42% da área total da área metropolitana de Lisboa Norte, onde residem 377.249 habitantes, segundo dados dos censos de 2011. Metade da população se encontra na faixa etária entre os 25 anos e os 64 anos, 29% da população residente neste concelho pode considerar-se jovem pois as suas idades oscilam entre os 0 anos de vida e os 24 anos, a percentagem de idosos é de 14% (76).

Num recente estudo de 2016 realizado na mesma urgência, concluiu-se que 55% dos adolescentes tinha pelo menos um ano escolar reprovado (77). Sabendo da correlação entre baixo estatuto social e a taxa de reprovação (78), bem como do papel protetor que a escolaridade tem na saúde (10), podemos concluir que as estruturas que mantêm as desigualdades persistem e criam um ciclo vicioso (79).

Fonte de Dados

A base de dados hospitalar, referente à “avaliação inicial de enfermagem” é a fonte de dados para este estudo, após terem sido pedidas as devidas autorizações e pareceres éticos. Esta ficha é preenchida pelos enfermeiros sempre que uma criança é internada, por meio de uma entrevista informal aos pais da criança. Foi proposta a extração informática anonimizada de informação constante das fichas referentes aos utentes que

tenham ficado internados, tendo entrado no hospital via urgência pediátrica (sendo desta forma excluídas as cirurgias de ambulatório). Foram recolhidas todas as fichas incluindo as realizadas no Serviço de Observação (SO) da urgência bem como internamentos diretos de balcão para a enfermaria ou unidade de cuidados intensivos pediátrica. Esta informação foi recolhida de forma retrospectiva, no período referente ao intervalo entre 1 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2016. Foi obtido uma amostra validada total de 7890 casos de internamento através da urgência pediátrica. Foram excluídas fichas de avaliação que não estavam sinalizadas como “concluídas”.

Descrição das variáveis

As variáveis relativas aos determinantes sociais foram expressas pelo nível de escolaridade, situação laboral, profissão, género, etnia e principal língua falada em casa. A variável doença dos utentes da urgência pediátrica, foi expressa pelo diagnóstico de internamento, duração do internamento, readmissões e destino de internamento do episódio de urgência. Foi utilizada a metodologia PROGRESS (80) que é usada para garantir que a dimensão da equidade, sendo aplicada nas análises de políticas públicas e projetos de intervenção, bem como de estudos de investigação. Permite identificar fatores que podem afetar grupos desfavorecidos da população, contribuindo para o reforço da eficácia das intervenções planeadas. PROGRESS é um acrónimo que significa:

- Place of residence – local de residência
- Race/Ethnicity/culture/language – Etnia;
- Occupation – profissão e situação face ao trabalho;
- Gender/sex – Género
- Religion – Religião
- Socioeconomic status – estatuto socioeconómico
- Social Capital – Capital social

Descrição das variáveis referentes aos determinantes sociais

A partir da existência de dois sexos, cada sociedade constrói regras e percursos mais ou menos obrigatórios, que regulam os destinos individuais dos pertencentes aos dois sexos e às relações entre si. Ao mesmo tempo elabora modelos de interpretação da realidade que atribuem valores e significados diversos, e geralmente desiguais, das experiências e atividades atribuídas aos dois sexos (81). As investigações académicas centradas no estudo das mulheres tiveram também o mérito de mostrar que o género é

também ele condicionador da posição social dos indivíduos, tal como a classe, a profissão, a escolaridade, a idade, a etnia, a religião. Procedeu-se a estratificação da amostra pelo género, sendo codificado com os números 0 e 1 para masculino e feminino respetivamente.

A variável ocupação será analisada de acordo com a posição face ao trabalho e qual a profissão que exerce. Historicamente, a ocupação profissional tem sido considerada como o indicador mais fiável da posição relativa de um qualquer indivíduo na hierarquia social (82) (83). A utilização deste indicador, como medida do estatuto socioeconómico em sociedades industrializadas, decorre fundamentalmente de a profissão estar definida em termos que derivam da revolução industrial, das classes profissionais que ela criou, das desigualdades sociais e da estratificação social que dela resultaram (83). A informação socioeconómica que a ocupação profissional fornece resulta sobretudo desta servir de base para uma escala salarial e de profissões distintas possuírem níveis diferentes de segurança e de estabilidade financeira; de a cada ocupação profissional ser conferida uma determinada autoridade e controle relativos sobre outros indivíduos e sobre os recursos, oferecendo níveis diferentes de satisfação pessoal e de tensão física e psicológica; e de diferentes graus de prestígio serem ainda atribuídos a ocupações distintas (83). Têm como principais desvantagens o facto de poderem não captar disparidades em condições de vida e de trabalho ao longo de importantes divisões populacionais, pois excluem a população não ativa, e tendem a ter implicações diferentes para géneros diferentes (83). Foi recolhido a posição face ao trabalho com as variáveis “empregado/desempregado” sendo posteriormente codificado como “0/1” respetivamente. De forma a colmatar as limitações apresentadas, reformados foram incluídos e constituem um grupo autónomo, assim como os estudantes. Para classificar e agrupar as profissões, foi utilizada a versão mais recente da classificação portuguesa de profissões do INE (2011) (84).

As medidas baseadas na educação são mais comuns por serem mais facilmente acessíveis, podendo tomar várias formas. As mais comuns são a idade aquando da desistência dos estudos, o número de anos de escolaridade, o grau escolaridade/instrução ou simplesmente a literacia/iliteracia. Algumas das vantagens destes indicadores advêm do facto de poderem ser facilmente aplicados a indivíduos que não fazem parte da população ativa, como sejam os desempregados, e são medidas mais estáveis ao longo da vida adulta do que a ocupação profissional ou o rendimento. Têm como principais desvantagens, o facto de estar muito dependente da distribuição etária da população alvo, e por não incorporar as ações de formação efetuadas ao longo da vida (83). Uma escolaridade ou instrução elevada não conduz

forçosamente a remuneração ou posição profissional elevadas. Todavia, este indicador representa o tipo de conhecimentos que os indivíduos adquirem, afetando o seu comportamento, os estilos de vida e o tipo de redes sociais onde se inserem (85). Para agrupar os anos letivos, procedeu-se à categorização por nível de ensino, atendendo ao artigo 4º da Lei de Bases do Sistema Educativo, que estabelece o quadro geral do sistema educativo em três níveis: básico, secundário e superior (86).

A variável etnia é a mais estável do estatuto socioeconómico, permitindo também comparações entre migrantes e nacionais (83). Em Portugal, não estão disponíveis demográficos sobre a origem étnica dos cidadãos, pois a Constituição da República e lei de proteção dos dados pessoais não permite a recolha de dados ligados à etnia (60) (87).

A profissão e a posição face ao trabalho, etnia e escolaridade, são também indicadores recomendados pela OMS para aferir o estatuto socioeconómico (88).

A organização dos agrupamentos das variáveis seguiu as recomendações de Marôco (2014), que defende que as classes das variáveis podem ser combinadas de modo a aumentar a frequência esperada, desde que o agrupamento não seja passível de desprever o significado do estudo (89).

Descrição das variáveis relativas ao estado de saúde das crianças

O estado de saúde e a gravidade da doença do utente pediátrico foi expresso através de quatro variáveis. Uma avaliação qualitativa que compreende o diagnóstico de internamento, a duração total do tempo de internamento, o local de internamento, podendo ser três os destinos:

- o internamento para observação na urgência;
- o internamento em enfermaria;
- o internamento na unidade de cuidados intensivos;
- o internamento excecional em outras especialidades, como ortopedia ou serviços de cirurgia.

Foi igualmente considerado o número total de readmissões, tanto de número de internamentos no período em análise como o rácio de internamentos por episódio de urgência como medida de morbilidade de doença.

Estas variáveis pretendem refletir o estado de saúde das crianças, na medida em que um internamento em intensivos significa uma doença que provavelmente será mais grave (90). O número e tempo de internamento, assim como o local, tem sido utilizada

na literatura internacional (91) (4) (55) (43) como um *proxy* do estado de saúde, no sentido em que um maior número de internamentos e mais prolongados significam tendencialmente um pior estado de saúde.

Análise de dados

Para a realização do tratamento estatístico foram utilizados os programas Excell 2010 e SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

Foi realizada uma análise de estatística descritiva, para descrever e caracterizar a amostra selecionada. Foram calculadas frequências absolutas, relativas e, quando aplicável, frequências relativas acumuladas. Nas variáveis quantitativas foram estudados também a média, o desvio-padrão e intervalo de confiança com uma significância de 5%.

A análise estatística analítica, foi efetuada através de teste de Qui-Quadrado e modelos de regressão logística e linear, para identificar e relacionar as diferenças estatisticamente relevantes entre variáveis.

De forma a conseguir obter uma distribuição normal do tempo de internamento, foi modificado para função logarítmica, tendo o valor de tempo de internamento “0” que correspondia a tempos inferiores a 24 horas, transformado em “0,5”. Para efeitos de cálculos estatísticos foi trabalhada a nova distribuição obtida.

Considerações éticas

De modo a cumprir com os princípios éticos, foi previamente realizado o pedido de autorização à direção de Enfermagem. Foi também pedido o parecer do conselho de ética do Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca. Foi garantido o total anonimato e confidencialidade dos dados das crianças e adolescentes incluídos no estudo. Após a dupla autorização foi então feito o pedido de extração de dados ao departamento de informática. Em anexo 5, é possível encontrar uma cópia da autorização concedida.

Considerações metodológicas finais

De acordo com as regras em vigor no hospital, a versão final do trabalho estará disponível para colocação no repositório digital. Será também partilhada em apresentações aos trabalhadores do hospital, de forma a consciencializar para este problema de saúde pública. O trabalho também estará disponível no repositório digital

da Escola Nacional de Saúde Pública, de acesso público, de acordo com as regras em vigor.

INTENCIONALMENTE EM BRANCO

Resultados

Análise descritiva dos dados

A amostra foi constituída por 7890 casos, dos quais 4218 do sexo masculino, e 3672 do sexo feminino. A caracterização demográfica da amostra encontra-se descrita na seguinte tabela:

Tabela 3 - Caracterização demográfica da Amostra

	Classificação	N (%)
Sexo	0 – Masculino	4218 (53,46)
	1 – Feminino	3672 (46,54)
Demográfica		
	até 1 mês	649 (8,22)
	1 a 4 meses	596 (7,55)
	5 meses a 1 ano	1605 (20,34)
	1 a 4 anos	1737 (22,01)
	5 a 10 anos	1545 (19,58)
	11 a 17 anos	1608 (20,38)
	Superior a 18 anos	150 (1,9)

A idade da amostra tem uma média de 5,46 anos, com uma mediana de 3 e desvio padrão de 5,574. A idade máxima na amostra é 20 anos, sendo que um ano é a idade mais comum da amostra. Foram provenientes do concelho da Amadora 2787 correspondente a 35,32% do total. Vieram do concelho de Sintra 4536 casos, o que corresponde a 57,49% do total. Residentes noutros concelhos estão registados 448 casos, o que corresponde a 5,68% do total.

A situação face ao trabalho da amostra encontra-se descrita nas tabelas seguintes.

Tabela 4- situação face ao trabalho dos pais

	Desempregado n (%)	Empregado n (%)	Outro Inativo n (%)	Reformado n (%)
Mãe	2361 (29,9)	4556 (57,7)	154 (2)	19 (0,2)
Pai	1247 (15,8)	5139 (65,1)	139 (1,8)	48 (0,7)

É possível observar o grande número de desempregados existentes, especialmente no sexo feminino onde atinge praticamente 30% da população total. A classificação de outro inativo reflete os estudantes e os reclusos. De forma a aprofundar o estudo da situação face ao trabalho, foi elaborada a seguinte tabela, que conjuga esta variável pelos dois sexos:

Tabela 5 - situação face ao trabalho conjugada

Pai					
Mãe		Desempregado	Empregado	Outro inativo	Reformado
	Desempregado	548	1493	36	16
	Empregado	597	3416	41	25
	Outro Inativo	19	72	50	0
	Reformado	7	10	0	0

De realçar que o campo correspondente a ter os dois pais empregados (3416 casos) corresponde apenas a sensivelmente metade da amostra total, que demonstra o nível de vulnerabilidade da população em estudo.

A escolaridade dos pais da amostra em estudo encontra-se relatada na seguinte tabela:

Tabela 6 - Escolaridade dos pais

	Mãe n (%)	Pai n (%)
Nenhum	545 (6,9)	516 (6,5)
Básico	2562 (32,5)	2571 (32,6)

	<i>Mãe n (%)</i>	<i>Pai n (%)</i>
Secundário	2559 (32,4)	2234 (28,3)
Superior	1020 (12,9)	774 (9,8)
Ausente	1204 (15,3)	1795 (22,8)
Total	7890	7890

É possível observar que 46% das mulheres têm uma escolaridade até ao nível básico, valor que aumenta para 50,6% no caso dos homens. Estes números evidenciam o baixo nível escolaridade da população residente na área.

As profissões dos pais da amostra encontram-se descrita na tabela seguinte:

Tabela 7- Classificação das profissões dos pais

		<i>Mãe n (%)</i>	<i>Pai n (%)</i>
0	Profissões das Forças Armadas	15 (0,2)	68 (0,9)
1	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	38 (0,5)	59 (0,7)
2	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	544 (6,9)	535 (6,8)
3	Técnicos e profissões de nível intermédio	321 (4,1)	449 (5,7)
4	Pessoal administrativo	504 (6,4)	270 (3,4)
5	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	2115 (26,8)	1521 (19,3)
6	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	9 (0,1)	56 (0,7)
7	Trabalhadores qualificados da indústria construção e artífices	83 (1,1)	1624 (20,6)

		Mãe n (%)	Pai n (%)
8	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	89 (1,1)	534 (6,8)
9	Trabalhadores não qualificados	1551 (19,7)	490 (6,2)
10	Outros	78 (1)	360 (4,6)
11	Estudantes	152 (1,2)	99 (1,3)

Nesta tabela torna-se bem visível o impacto da escolaridade nas profissões exercidas. No caso das mulheres, a maioria enquadra-se nas categorias 5 e 9, enquanto nos homens, as categorias 5 e 7 são as mais representadas. Existem, portanto, poucos representantes de profissões que exigem mais conhecimentos científicos, como de nível 2 e 3, enquanto as profissões que não requerem estudos superiores, como nível 5, 7 e 9 estão sobre representadas.

A etnia estratificada pelo género pode ser analisada no seguinte gráfico:

Tabela 8 - Etnia estratificada pelo género

	Caucasiano n (%)	Africano n (%)	Cigano n (%)	Asiático n (%)	Sul- Americano n (%)	Não preenchido
Masculino	2056	1333	85	22	20	701
Feminino	1913	1100	78	16	12	553
Total	3969 (59,81)	2434 (36,68)	163 (2,46)	38 (0,57)	32 (0,48)	1254

Tal como estava descrito na caracterização da população em estudo, é possível observar uma concentração grande de população de origem não portuguesa nesta área geográfica.

A principal língua falada em casa é o português para 7240 casos, sendo que em 316 é falada outra língua. Destes, o mais comum são as línguas de base crioulo africano com 164 casos.

A relação entre a etnia e a escolaridade pode ser confirmada na seguinte tabela:

Tabela 9 - Escolaridade estratificada pela etnia

	Nenhum	Básico	Secundário	Superior	Total
Caucasiano	174	1228	1432	677	3511
Africano	209	884	749	176	2018
Cigano	79	60	2	0	141
Outros	4	9	27	9	49
Total	466	2181	2210	862	5719

Relativamente à utilização dos cuidados de saúde, é possível observar o tempo de internamento na tabela seguinte:

Tabela 10 - Tempo de internamento da amostra

Descrição	Dados Agrupados n(%)		
Média	4,04	Até 24 horas	877 (11,12)
Moda	1	1 dia	2267 (28,73)
Mediana	2	2 a 7 dias	3710 (47,02)
Desvio Padrão	6,708	8 a 14 dias	773 (9,8)
Tempo mínimo e máximo (dias)	0 a 148	Mais de 15 dias	263 (3,33)

Cerca de 50% da amostra tem um período de internamento inferior a dois dias, enquanto 13% teve um internamento superior a 8 dias, até ao período máximo registado de 148 dias de internamento.

O número de internamentos e idas à urgência da amostra encontra-se sintetizado na tabela seguinte.

Tabela 11 - Número de internamentos e ida à urgência

		Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo e Máximo
Descrição	Número de internamentos	2,83	1	2	3,856	1 - 59
	Idas à Urgência	9,35	1	6	9,810	1 - 103
Agrupados	Número de internamentos	1	2	3	4 a 6	Mais de 7
	Frequência n (%)	2943 (37,30)	2356 (29,86)	1115 (14,13)	943 (11,95)	533 (0,68)
	Idas à Urgência	Até 2	3 a 5	6 a 9	10 a 14	Mais de 15
	Frequência n (%)	1654 (20,96)	1662 (21,06)	1163 (14,74)	1529 (19,38)	1882 (23,85)

É possível verificar que a média de idas à urgência no período em estudo situa-se em 9, embora o mais comum seja um episódio de urgência. Estes dados indicam que poderá haver padrões de utilização dos serviços de urgência que diferem nos variados grupos socioeconómicos. Observando os dados agrupados, podemos inferir a mesma conclusão, pois a proporção de crianças que tiveram até dois episódios de urgência é muito semelhante aos que tiveram mais quinze. Cerca de 27% da amostra teve três ou mais internamentos, uma proporção considerável, mas bastante mais moderada que a utilização dos serviços de urgência.

O local de internamento mais comum foi a enfermaria com 4747 (60,16%) casos, seguido do SO da urgência, com 2830 (38,37%) casos. Em terceiro surge o internamento em cuidados intensivos com 185 casos (2,34%) e por último o internamento em outros serviços fora do departamento de pediatria, com 128 casos, correspondente a 1,62%.

Os diagnósticos mais comuns são os relacionados com doenças respiratórias, responsáveis por 2161 motivos de internamento, as gastroenterites, com 1658 casos. Abscessos e infeções da pele com 441 casos e crises convulsivas com 347 episódios completam o lote dos diagnósticos mais frequentes. De realçar os 234 internamentos

relacionados com drepanocitose, devido ao elevado número de cidadãos afrodescendentes residentes na área de intervenção do hospital, bem como aos 196 casos em que intoxicações (medicamentosa, alcoólica ou por gases) foi o fator responsável pelo internamento.

Nas tabelas seguintes é possível observar a distribuição dos diagnósticos mencionados e estratificados pelo género e etnia da criança.

Tabela 12 - Distribuição dos diagnósticos estratificado pelo género

	Masculino	Feminino
Doenças respiratórias	1170	991
Gastroenterites	843	815
Abcessos e infeções da pele	231	210
Crises Convulsivas	201	146
Drepanocitose	128	106
Intoxicações	75	121

Se há motivos de internamento que têm uma distribuição idêntica entre os dois géneros, como as gastroenterites, é possível observar outros que pendem para um dos géneros, como as intoxicações, mais frequentes no sexo feminino.

Tabela 13 - Distribuição dos diagnósticos distribuído pelas etnias

	Caucasiano n (%)	Africano n (%)	Cigano n (%)	Asiático n (%)	Sul-Americano n (%)
Doenças respiratórias	1099 (60,05)	655 (35,79)	60 (3,28)	8 (0,43)	7 (0,38)
Gastroenterites	886 (62,48)	477 (33,64)	35 (2,47)	8 (0,56)	12 (0,85)
Abcessos e infeções da pele	177 (51,9)	147 (43,11)	12 (3,52)	4 (1,17)	1 (0,29)
Crises Convulsivas	175 (55,91)	127 (40,58)	6 (1,92)	3 (0,96)	1 (0,32)

	Caucasiano n (%)	Africano n (%)	Cigano n (%)	Asiático n (%)	Sul-Americano n (%)
Drepanocitose	4 (1,83)	214 (98,17)	0	0	0
Intoxicações	103 (62,04)	59 (35,54)	3 (1,81)	1 (0,6)	0

Análise inferencial dos dados

De seguida será efetuada a análise inferencial dos dados e sua respetiva interpretação. Serão analisados de forma individual cada determinante social de saúde.

Determinante Escolaridade

Em relação à escolaridade, foi possível observar na análise descritiva, que 46,5% das mulheres e 50,7% dos homens da amostra encontra-se nas categorias “nenhum” e “básico” escolaridade.

Relacionando o local de internamento com a escolaridade da mãe ($p=0.004$) e a do pai ($p=0.005$) através de testes de Qui-Quadrado, obtemos um resultado estatisticamente significativo, que demonstra uma relação entre as variáveis. Como pode ser observado em anexo de output de SPSS, os filhos de pais com menor escolaridade têm um maior número de internamentos diretos para a enfermaria, enquanto filhos de pais com maior escolaridade ficam mais vezes internados no SO da urgência e nos cuidados intensivos.

Isolando os internamentos em Intensivos e ao aplicar uma regressão logística para a escolaridade da mãe, é possível obter um resultado com significância ($p=0,015$) com uma razão de 0,24, o que nos dá que um aumento de um nível da escolaridade materna corresponde a um aumento de 0,24 internamentos na unidade de cuidados intensivos. Esta relação perde significância estatística para a escolaridade do pai.

Na tabela seguinte é possível observar o rácio do número de internamentos por número de urgências, estratificado por escolaridade dos pais:

Tabela 14- Rácio de internamentos por idas à urgência por escolaridade parental

Escolaridade	Mãe	Pai
Nenhum	0,4277	0,4293
Primário	0,4369	0,4275
Secundário	0,4739	0,4818
Superior	0,5398	0,5740

Esta relação é estatisticamente relevante, como comprova o teste ANOVA para as 2 variáveis independentes, com resultado de $p=0,00$, o que demonstra que o valor deste rácio é estatisticamente diferente entre os diferentes grupos.

Aplicando um modelo de regressão linear, primeiro de forma individual para as escolaridades parentais, obtemos sempre um $p=0,00$. No caso da mãe, é possível obter uma razão de -0,112, o que significa que a diferença entre não ter escolaridade e possuir o grau máximo de escolaridade está relacionado com um aumento deste rácio em 0,112 pontos. No caso do pai, esta razão é de -0,145. Conjugando ambas as escolaridades, obtemos que o no caso da mãe, perde a significância, sendo que a razão entre o primeiro e último grupo na escolaridade do pai sofre um ligeiro decréscimo para -0,121.

Nos seguintes gráficos é possível observar a média do número de internamentos por escolaridade dos pais:

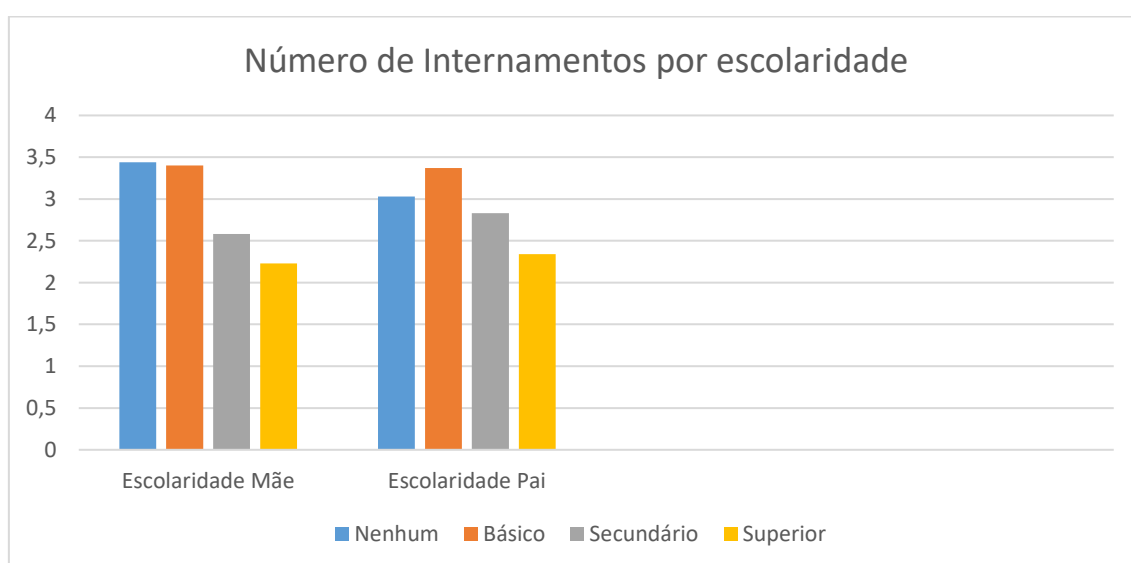


Figura 4 - Número de internamentos por escolaridade parental

É possível observar uma relação entre o número de internamentos e a escolaridade, sendo esta relação mais evidente para a escolaridade da mãe. Esta relação é comprovada pelo resultado da correlação de Spearman, para um $p=0,00$, o coeficiente é -0,104 para a escolaridade da mãe versus -0,066 no caso do pai

Esta relação é estatisticamente relevante, como comprova o teste ANOVA para as 2 variáveis independentes, com resultado de $p=0,00$, o que demonstra que a média do número de internamentos é estatisticamente diferente.

Aplicando um modelo de regressão linear, primeiro de forma individual para as escolaridades parentais, obtemos sempre um $p=0.00$. No caso da mãe, é possível obter uma razão de 1,21, o que significa que a diferença entre não ter escolaridade e possuir o grau máximo de escolaridade está relacionado com uma diminuição de 1,21 números de internamento. No caso do pai, esta razão é de 1,03. Conjugando ambas as escolaridades, obtemos que o primeiro nível de escolaridade do pai deixa de ser estatisticamente significativo ($p=0.47$). No caso da mãe, perde a significância estatística apenas para o nível de educação secundário, sendo que a razão entre o primeiro e último grupo sofre um ligeiro aumento para 1,93.

A representação sob a forma de tabela dos dias de internamento por escolaridade pode ser observada na seguinte tabela:

Tabela 15 - Tempo de internamento em dias por escolaridade parental

Escolaridade	Mãe	Pai
Nenhum	5,25	4,78
Baixo	4,14	3,88
Secundário	3,71	3,55
Superior	3,84	4,57

Relembrando o que foi assumido na metodologia, o tempo de internamento será trabalhado na sua função logarítmica de base 10.

O teste ANOVA, confirma que o tempo de internamento é diferente para os diferentes grupos ($p=0,00$ e $p=0.001$), tanto para a escolaridade da mãe como do pai respetivamente.

Estas conclusões são confirmadas pelo teste de correlação de Spearman, com um $p=0.00$ para a mãe e $p=0.018$ para a escolaridade do pai, confirma que há uma

correlação entre o tempo de internamento e a escolaridade, no sentido negativa, ou seja, quanto maior a escolaridade menos tempo de internamento apresenta, sendo esta relação ligeiramente mais intensa para a escolaridade materna (um coeficiente de -0.057 versus -0.030).

Aplicando um modelo de regressão linear, primeiro de forma individual para as escolaridades parentais, obtemos sempre um $p=0.00$. No caso da mãe, é possível obter uma razão de 0,079, o que significa que a diferença entre não ter escolaridade e possuir o grau máximo de escolaridade está relacionado com uma diminuição de 0,079 dias de internamento. O modelo não tem significado estatístico para o nível de escolaridade secundário. No caso do pai, o modelo é globalmente não significativo. Conjugando ambas as escolaridades, que o nível de “escolaridade nenhum” do pai deixa de ser estatisticamente significativo ($p=0.320$). No caso da mãe, perde a significância estatística apenas para o nível de educação secundário, sendo que a razão entre o primeiro e último grupo sofre um ligeiro aumento para 0,077.

Determinante etnia

De forma a criar agrupamentos mais robustos e tornar a análise estatística mais significativa, os dois grupos com “n” residual “sul-americano” e “asiático” foram agrupados no novo grupo “outros”, com um número total de 70 casos, mantendo-se como o grupo menos representativo.

Relacionando o local de internamento com a etnia através de testes de Qui-Quadrado, obtemos um resultado estatisticamente significativo ($p=0,002$), que demonstra uma relação entre as variáveis. Como pode ser observado em anexo de output de SPSS, os filhos de pais de etnia africana ficam internados menos vezes internados no SO da urgência e em serviços de outras especialidades e mais na enfermaria, enquanto filhos de pais caucasianos, ficam menos vezes na enfermaria e mais no SO da urgência e serviços de outras especialidades. Não parece haver relação entre internamento em intensivos e a etnia das crianças. Crianças de etnia cigana ou classificadas como “outros” não têm aparentemente diferenças no local de internamento. Estes resultados são confirmados pela regressão logística, que ao isolar os internamentos em intensivos não é possível obter resultados estatisticamente significativos ($p=0.628$)

Na tabela seguinte é possível observar o resumo da relação das variáveis em estudo com a etnia:

Tabela 16- Relação da Etnia com as variáveis em estudo

	Rácio Internamento/ Urgência	Número de Internamentos	Tempo de Internamento
Caucasiano	0,433	2,57	3,63
Africano	0,556	3,69	4,8
Cigano	0,277	2,8	3,49
Outros	0,557	1,97	5,11

As diferenças observadas entre os diferentes grupos são estatisticamente relevantes, como comprova o teste ANOVA, tendo sido obtido o resultado de $p=0,00$ para todos os casos.

Fazendo uma análise mais detalhada, é possível concluir que a média do número de internamentos do grupo caucasiano e do grupo cigano é estatisticamente igual ($p=0,29$), assim como para a média do tempo de internamento nos mesmos grupos ($p=0,638$).

Resultados Conjugados

Para perceber qual a variável independente em estudo mais importante, foi aplicado uma regressão linear com os três fatores em estudo. Foi também ajustado para a idade e género das crianças. A seguinte tabela sintetiza os resultados obtidos:

Tabela 17 - Quadro Síntese dos resultados conjugados

	Escolaridade Mãe	Escolaridade Pai	Etnia
Internamento/ Urgências	Estatisticamente significativa ($p=0,027$) com um $B= -0,073$	Estatisticamente significativa ($p=0,0$) com um $B= -0,113$	Significado estatístico apenas para a etnia cigana ($p=0,033$) com um $B= -0,159$
Número de Internamentos	Sem significado estatístico para o nível secundário. $B=1,919$	Sem significado estatístico para o nível secundário. $B=1,275$	Significado estatístico apenas para a etnia africana

	<i>Escolaridade Mãe</i>	<i>Escolaridade Pai</i>	<i>Etnia</i>
			(p=0,022) com um B= 1,449
<i>Tempo de Internamento</i>	Sem significado estatístico para o nível secundário. B=0,121	Sem significado estatístico para o nível secundário. B=0,074	Significado estatístico apenas para a etnia africana (p=0,009) com um B= 0,028
<i>Probabilidade de internamento em Intensivos (regressão logística)</i>	Sem significado estatístico, mas com valor <i>borderline</i> P=0.062	Sem significado estatístico P=0,673	Sem significado estatístico P=0,859

INTENCIONALMENTE EM BRANCO

Discussão

Tendo em conta o escasso conhecimento em Portugal sobre a influência da escolaridade parental e etnia dos pais no estado de saúde das crianças pretendeu-se com este estudo avaliar a relação entre estes determinantes sociais e alguns indicadores de saúde centrados numa urgência pediátrica de grandes dimensões da região de Lisboa. A problemática relacionada com a influência dos fatores socioeconómicos dos pais na saúde dos seus filhos, apresenta-se como um desafio para toda a equipa multidisciplinar de saúde, bem como para os decisores de políticas públicas, tanto ao nível regional como a um nível nacional. É por isso fundamental conhecer a realidade em todas as dimensões para melhor poder planear estratégias e avaliar as políticas de saúde de combate às desigualdades em saúde.

Análise dos principais resultados

Em Portugal, a escolaridade é o determinante social mais estudado e para o qual existe mais evidência das suas influências nas desigualdades em saúde (10). De facto, nos países do sul da Europa, a escolaridade parece ser a explicação para a maioria das desigualdades em saúde (92). No nosso país, já era conhecida a existência de uma ligação forte entre a escolaridade e a obesidade ou o estado de saúde auto-reportado, tanto na população adulta como pediátrica (93) (10) (94) (95) (96) (97).

Este estudo confirma, na realidade hospitalar portuguesa, a associação entre a baixa escolaridade dos pais com o estado de saúde dos seus filhos, aqui avaliada pelo rácio de internamento por idas às urgências, número de internamentos, tempo de internamento e serviço onde ficaram internados. A etnia das crianças desempenha também um papel importante, especialmente no número de internamentos e sua duração em dias. Foi possível também observar a presença dos dois determinantes a atuar ao mesmo tempo no mesmo sentido, o que torna difícil de identificar qual o principal fator predisponente das desigualdades em saúde. Muitas vezes, estes determinantes estão de tal maneira interligados, que a sua fronteira de influência se torna demasiado ténue para poder ser identificada.

De forma global, a escolaridade da mãe é mais influente que a escolaridade do pai, o que vai de acordo com alguns estudos semelhantes efetuados sobre este tema (2) (10) (98). O facto de culturalmente, o género feminino ter o papel de cuidador principal da criança, pode explicar esta correlação mais intensa.

A escolaridade dos pais tem também influência no local de internamento, sendo que filhos de pais com menor escolaridade ficam internados mais vezes na enfermaria,

enquanto filhos de pais com maior escolaridade ficam mais vezes internados no SO da urgência e nos cuidados intensivos. Esta diferença requer uma investigação mais aprofundada para identificar possíveis fatores subjacentes a estas diferenças. Por outro lado, as crianças africanas ficam mais vezes internadas na enfermaria, enquanto crianças caucasianas ficam mais vezes internadas no SO da urgência. Não parece haver relação entre a etnia das crianças e internamento em intensivos, usado como *proxy* para estado de doença mais grave. Crianças de etnia cigana ou classificadas como “outras” não têm aparentemente diferenças no local de internamento.

A escolaridade e etnia têm também uma marcada influência no rácio de internamentos por idas à urgência. Os pais do grupo com menos escolaridade apresentam um rácio bastante inferior, que está relacionado com padrões de utilização do serviço de urgência superiores. A etnia cigana apresenta um resultado semelhante pelas mesmas razões. O grupo africano apresenta um rácio elevado, que se explica por uma diminuta utilização dos serviços de urgência conjugado com um maior número de internamentos. Estes dados permitem poder planear programas de utilização mais racional dos serviços de urgência, apostando em programas de literacia em saúde bem como melhor direcionar os projetos de implementação de gestor de caso (99) (100). É significativo verificar que a nível internacional também há evidência de uma maior utilização dos serviços de serviços de urgência por filhos de pais de baixa escolaridade (101), que pode ser 1.8 vezes superior em relação aos filhos de pais com mais escolaridade.

No seguimento do parágrafo anterior, o grupo com maior nível de escolaridade tem em média menos um internamento durante o período em estudo que o grupo com menor escolaridade. A explicação para esta realidade é com certeza multifatorial. Das etnias em estudo, são os africanos que apresentam um maior número de internamentos. Este resultado vai de acordo a outros resultados obtidos a nível internacional, tal como foi descrito na revisão efetuada, em que minorias étnicas têm um maior número de internamentos e mais prolongados (102). Há margem para um melhor planeamento dos cuidados oferecidos à população, evitando hospitalizações com base no aumento da literacia e escolaridade.

A conclusão sobre o tempo total de internamento vai de encontro a outros estudos semelhantes (4), em que são relatados tempos de internamento maiores para crianças de famílias com menor estatuto socioeconómico. Esta relação é mais clara e intensa quando os dados são estratificados apenas para a escolaridade da mãe. A diferença em média de um dia de internamento entre os grupos, demonstra que é possível, com a planificação apropriada associada a programas de aumento de conhecimentos e literacia em saúde, planear a alta hospitalar mais cedo. A influência da etnia é sentida

ao nível do grupo africano, que têm em média 1,2 dias a mais de internamento que os caucasianos. É necessário aprofundar o conhecimento nesta área, procurando quais os mecanismos subjacentes a estas desigualdades registadas.

Após análise da regressão com os dados conjugados, concluímos que a etnia tem menos influência que a escolaridade. Um dos fatores explicativos poderá ser a intensa relação existente entre a escolaridade e a etnia. Em Portugal, existem alguns trabalhos que não sendo específicos para etnia, são focados na saúde da população imigrante. Apesar de não ser um país recetor de grande população imigrante (103), o concelho da Amadora está claramente acima da média (74). Assim, foi demonstrado por Machado (2006), que os recém-nascidos filhos de imigrantes da área deste hospital tinham uma mortalidade neonatal, maior patologia e menos acesso aos cuidados de saúde primários, o que se repercutia em maior utilização da urgência hospitalar (42). Conjugando com os dados obtidos por Nunes (2011) na mesma urgência, o número de episódios de urgência considerados como injustificados ascendem a 50% de todos os episódios observados (75). É assim possível concluir que existe margem para a elaboração de programas específicos a realizar nesta área. Também no nosso país, existe evidência que imigrantes africanos têm uma menor esperança média de vida (104) (105) (106). No contexto internacional, as minorias étnicas têm um risco 3,5 vezes superior a morrer por trauma (107), são triadas com menor prioridade para a mesma doença (108) e têm taxas de regresso à urgência maiores por trauma (91).

É interessante verificar que os filhos de pais com mais escolaridade vão menos vezes à urgência, ficam menos vezes internados, são sujeitos a um menor tempo de internamento, mas têm uma maior utilização dos cuidados intensivos. Uma possível explicação será que estes pais, por possuírem mais conhecimento e capacidade de gestão da doença, adiam as idas à urgência e apenas utilizam em caso de agravamento da doença das crianças. Outra hipótese explicativa, poderá ser o facto de o SNS ser um serviço tipo “rede-salvaguarda”, ou seja, podemos estar a assistir a fenómenos em que os pais com mais escolaridade recorrem ao SNS em caso de doença grave e aos serviços de urgência privada para doenças que considerem ser menos grave. Estas hipóteses devem ser testadas em futuros trabalhos neste tema.

Limitações e sugestões

Os resultados, apesar de robustos e estatisticamente significativos, apresentam também limitações. Existem outros determinantes que poderão ter também um papel importante no ciclo das desigualdades em saúde, tais como a profissão e situação

laboral que não foram abordados neste trabalho. Também seria bastante interessante, uma análise focada para algumas doenças específicas, ou por serem comuns na idade pediátrica, como bronquiolites ou gastroenterites, ou pelo impacto social e psicológico que têm, como trauma ou intoxicações.

Por ser proveniente de uma zona com carências especiais, a amostra pode ter tido assim o seu nível global de escolaridade diminuído. No entanto, o facto de ser numerosa, poderá ter atenuado este efeito de influência local. Seria igualmente pertinente efetuar um estudo semelhante, mas usando base de dados de vários hospitais diferentes, para poder afirmar sem dúvidas, que na realidade regional de Lisboa, ou até, na realidade nacional, a escolaridade e a etnia dos pais tem efeito claro no estado de saúde das crianças em contexto hospitalar.

O facto de só terem sido consideradas as avaliações de enfermagem no estado de concluídas, levou à exclusão de cerca de três mil casos, número considerável que poderia ter impacto no resultado final.

O estado de saúde das crianças está a ser avaliado por uma variável com base no internamento, o que traz consigo algumas limitações. Não se pode afirmar taxativamente que todas as crianças internadas em intensivos ou com internamentos mais prolongados estavam mais doentes que as restantes. Assim como as crianças com um maior número de internamentos podem ser devido a outros fatores não avaliados neste trabalho, como a presença de doenças crónicas. No entanto, a dimensão da amostra terá diminuído esta limitação.

Implicações deste estudo

Tanto a nível internacional, como a nível nacional, a escolaridade é um determinante social bastante estudado, pela sua facilidade de utilização e relação com o estado de saúde (1) (9) (10). No entanto, existem poucos estudos que relacionem o nível de escolaridade e a etnia dos pais com desigualdades em saúde em idade pediátrica em contexto hospitalar.

Não foi encontrado nenhum estudo semelhante, relacionando estas variáveis, neste contexto, em Portugal. O conhecimento obtido permitirá um melhor planeamento dos cuidados oferecidos à população na idade pediátrica, e à elaboração de estratégias que combatam de forma eficaz este problema de saúde pública. Permite também servir de base para futuros estudos nesta área, em contexto pediátrico e hospitalar.

Permite igualmente, uma planificação mais eficaz com vista à equidade em saúde, atuando sobre estes importantes determinantes. Programas para atuar neste sentido, não podem deixar de parte a abordagem *Health in All Policies* (109) para as políticas públicas. Sendo transversal a vários sectores, implica criar uma sinergia e um consenso social para uma avaliação dos impactos na saúde das populações, bem como o impacto na equidade em saúde de qualquer decisão política. Esta abordagem tem a sua génese nos direitos relacionados com a saúde e enfatiza as consequências que as políticas públicas têm nos determinantes da saúde.

Este trabalho, ao estudar a utilização dos serviços de urgência pediátrica em diferentes grupos com base na escolaridade e etnia parental, pode servir de base para projetos de implementação de gestor de caso (99) (100), ou outro tipo de projetos que tenham como objetivo a redução do número de episódios de urgências. A criação de projetos de redução do número e tempo de internamento via maior utilização do hospital de dia ou hospitalização domiciliária (110) podem também encontrar neste trabalho uma base teórica de fundamentação.

As desigualdades socioeconómicas na saúde são o reflexo da organização social da sociedade. A intervenção nas desigualdades em saúde e nos determinantes sociais deve ser sistemática e sustentável. Dar resposta dentro do contexto ambiental, económico, social e político é essencial para atingir os resultados esperados, e é vital para a melhoria do estado de saúde das populações. São necessárias e indispensáveis políticas intersectoriais, que levem à participação dos agentes locais bem como os principais beneficiários das políticas, de forma a tornar as decisões mais transparentes, bem como melhorar a eficácia das mesmas (88).

INTENCIONALMENTE EM BRANCO

Conclusão

Apesar da saúde das populações ter melhorado nas últimas décadas, é um facto inegável que as desigualdades socioeconómicas na saúde prevalecem. Este estudo permitiu analisar a relação entre dois determinantes socioeconómicos na saúde das crianças.

Conclui-se que a escolaridade e a etnia dos pais têm influência no estado de saúde dos seus filhos. Um maior número de episódios de urgência, um número de internamentos maior e mais longo foi neste estudo associado a pais de baixa escolaridade. Um aumento da literacia em saúde pode contribuir para capacitar os pais a gerir melhor o estado de saúde dos seus filhos.

A etnia parece também exercer influência no número e tempo total de internamento, na medida em que crianças africanas apresentam estes valores aumentados em relação às crianças caucasianas. Crianças de etnia cigana recorrem mais à urgência, mas têm episódios de internamento semelhante às caucasianas. Poderá ser o fator cultural a influenciar este comportamento de procura de cuidados, ou a falta de acesso aos cuidados de saúde primários que motiva esta procura dos serviços de urgência. O internamento em cuidados intensivos parece ser independente da etnia da criança.

As intervenções para reduzir as desigualdades em saúde devem ser multisectoriais e constantemente monitorizadas sobre os seus efeitos. É importante estudar mais esta área, identificar os determinantes sociais mais importantes bem como as populações mais vulneráveis, para melhor poder planear os cuidados de saúde e combater as desigualdades que persistem cronicamente na sociedade portuguesa.

INTENCIONALMENTE EM BRANCO

Bibliografia

x

1. WHO. Social determinants of health. [Online].; 2015 [cited 2016 Julho 15. Available from: http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/.
2. Loureiro IMN. Promover a saúde: dos fundamentos à acção. Coimbra: Almedina; 2010.
3. Marmot M. Health inequalities in the EU. Health Programme of the European Union, UCL Institute of Health Equity; 2013.
4. Geyer S, Peter R, Siegrist J. Socioeconomic differences in children's and adolescents' hospital admissions in Germany: a report based on health insurance data on selected diagnostic categories. J Epidemiol Community Health. 2002;(56): p. 102-114.
5. Pereira J, Furtado C. Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública; 2010.
6. Case ADA. Rising morbidity and mortality in midlife among white non-Hispanic Americans in the 21st century. Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA. 2015.
7. National Academy of Sciences. The Growing Gap in Life Expectancy by income: Implications for Federal Programs and Policy Responses. , Committee on the Long-Run Macroeconomic Effects of the Aging US Population; 2014.
8. Mackenbach J, Stirbu I, Roskam ASM, Menvielle G, G L, Kunst A. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. The New England Journal of Medicine. 2008 Junho; 358(23).
9. WHO. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. , Commission on Social Determinants of Health; 2008.
10. Campos-Matos I, Russo G, Perelman J. Connecting the dots on health inequalities – a systematic review on the social determinants of health in Portugal. International Journal for Equity in Health. 2016 Fevereiro; 15(26).
11. Nogueira H, Ferrão M, Gama A, Mourão I, Marques VR, Padéz C. Perceptions of neighborhood environments and childhood obesity: Evidence of harmful gender inequities among Portuguese childrenPerceptions of neighborhood environments and childhood obesity: Evidence of harmful gender inequities among Portuguese children. Health & Place. 2013 Janeiro; 19: p. 69-73.
12. Costa C, Ramos E, Severo M, Barros H, Lopes C. Determinants of Eating Disorders Symptomatology in Portuguese Adolescents. Jama Pediatrics. 2008 Dezembro; 162(2).
13. Mello T, Antunes J, Waldman E, Ramos E, Relvas M, Barros H. Prevalence and severity of dental caries in schoolchildren of Porto, Portugal. Community Dental Health. 2008 Junho; 25(2).

14. Correia S, Barros H. Small-for-gestational age Portuguese babies: The effect of childhood social environment, growth and adult socioeconomic conditions. *Preventive Medicine*. 2015 Janeiro; 70: p. 102-107.
15. Cristina A, Alves J, Perelman J. Desigualdades socioeconómicas no tabagismo em jovens dos 15 aos 17 anos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2016 Jan-Abril; 34(1): p. 69-76.
16. Power C, Graham H, Due P, Hallqvist J, Joung I, Kuh D, et al. The contribution of childhood and adult socioeconomic position to adult obesity and smoking behaviour: an international comparison. *International Journal of Epidemiology*. 2005 Janeiro; 33(3).
17. WHO. [www.who.int. \[Online\].](http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/); 2016 [cited 2016 Dezembro 10. Available from: <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/>].
18. Starfield B. Pathways of influence on equity in health. *Social Science & Medicine*. 2007; 64(7): p. 1355-62.
19. Whitehead. The concepts and principles of equity in health. WHO. 1990.
20. Starfield B. Equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2002 Junho; 56: p. 483-84.
21. West PA. Theoretical and Practical Equity in the National Health Service in England. *Social Science and Medicina*. 1981; 15: p. 117-122.
22. Mooney G. Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care*. 1983; 1(4): p. 179-185.
23. Pereira J. What Does Equity in Health Mean. *Journal of Social Policy*. 1993; 22(1): p. 19-48.
24. Barros P. *Economia da Saúde: conceitos e comportamentos*. 3rd ed. Coimbra: Almedina; 2013.
25. Villermé L. *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie* Paris; 1840.
26. Kenyon C, Sandel M, Silverstein M, Shakir A, Zuckerman B. Revisiting the Social History for Child Health. *Pediatrics*. 2007 Setembro; 120(3).
27. Engels F. *The Condition of the Working Class in England (1845)* Stanford, California: Stanford University Press; 1958.
28. Marmot M, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I, et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*. 1991; 1(337): p. 1387-1393.
29. Antonovsky A. *Social Class, Life Expectancy and Overall Mortality*. Blackwell Publishing. 1967 Abril; 45(2): p. 31-73.
30. Black D. Skadon Mavron Report. Department of Health and Social Security, Ministry of Health; 1980.

31. Acheson. Independent Inquiry into Inequalities in Health Report. Department of Health. 1998.
32. WHO. [www.who.int](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1). [Online].; 1978 [cited 2016 Novembro 30. Available from: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1.
33. Starfield B. Social gradients and child health. International Encyclopedia of Public Health. 2008; 6: p. 87-101.
34. Dahlgren G, Whitehead M. Politiques et stratégies en faveur de l'égalité devant la santé. Copenhaga: OMS, Bureau Régional de l'Europe, OMS; 1991.
35. Currie Cea. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. Copenhaga: WHO, WHO Regional Office for Europe; 2012.
36. ONU. UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. [Online].; 2016 [cited 2016 Novembro 9. Available from: <http://hdr.undp.org/en/content/gender-development-index-gdi>.
37. Levi-Strauss C. Raça e História Lisboa: Editorial Presença; 1975.
38. Smith A. National Identity Penguin: Londres; 1991.
39. Banton M. A ideia de Raça Lisboa: Edições 70; 1979.
40. Bretton R. As Etnias Porto: Rés Editora; 1983.
41. Carlos Silva M. Sina Social Cigana Lisboa: Colibri; 2014.
42. Machado MC, Santana P, Carreiro MH, Nogueira H, Barroso MR, Dias A. Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes Lisboa: Laboratório Bial; 2006.
43. Zook HG, Kharbanda AB, Flood A, Harmon B, Puumala S, Payne NR. Racial Differences in Pediatric Emergency Department Triage Scores. Journal of Emergency Medicine. 2016 Maio; 50(5).
44. Harrison B, Finkelstein M, Puumala S, Payne NR. The complex association of race and leaving the pediatric emergency department without being seen by a physician. Pediatric Emergency Journal. 2012 Novembro; 28(11).
45. PA S. Individual and social determinants of self-rated health and well-being in the elderly population of Portugal. Cadernos da Saúde Pública. 2014; 30(11): p. 2387–400.
46. Whitehead M, Dahlgren G. European strategies for tackling social inequities in health: level 2. WHO, WHO Regional Office for Europe; 2007.
47. Mackenbach JP. Health Inequalities: Europe in Profile. Roterdão: University Medical Center Rotterdam, Department of Public Health; 2006.

48. Whitehead M, Burström B, Diderichsen F. Social policies and the pathways to inequalities in health: a comparative analysis of lone mothers in Britain and Sweden. *Social Science & Medicine*. 2000; 50(2): p. 255-270.
49. WHO. www.who.int. [Online].; 2016 [cited 2016 Dezembro 26. Available from: <http://www.who.int/hdp/en/>.
50. WHO. classificação internacional de doenças. [Online].; 2016 [cited 2016 Dezembro 29. Available from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>.
51. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: level 1. WHO, WHO Regional Office for Europe; 2007.
52. Dahlgren G. Health and health care within the context of comprehensive strategies for poverty reduction – an international outlook. Hanoi: Ministry of Health in Vietnam; 2003.
53. WHO. Final Report from the Commission on Macroeconomic and Health. Copenhagen: WHO, Commission on Macroeconomic and Health; 2001.
54. Leon DA, Walt G, Gilson L. International perspectives on health inequalities and policy. *BMJ*. 2001 Março; 322(7286): p. 591-594.
55. Ikefuna AN, Emodi EJ. Some characteristics of paediatric admissions at the University of Nigeria teaching hospital Enugu-Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2007; 10(3): p. 216-219.
56. Colvin JD, Zanilleti I, Fieldston E, Gottlieb L, Raphael J, Hall M, et al. Socioeconomic status and in-hospital pediatric mortality. *American Association Pediatrics*. 2013 Janeiro; 10(1545).
57. Cantante F. Desigualdades económicas multi-escalares: Portugal no contexto global. *Análise Social*. 2014; XLIX(3).
58. European Commission. Income inequality in EU countries. *Social Situation Monitor*; 2015.
59. Governo da República Portuguesa. Lei de Bases em Saúde Lisboa; Agosto 1990.
60. República Portuguesa. Constituição da República Portuguesa. ; 1976.
61. Bago d'Uva T, Jones AM, Doorslaer E. Measurement of horizontal inequity in health care utilisation using European panel data. *Journal of Health Economics*. 2009 March; 28(II): p. 280-289.
62. Pereira J, Furtado C. Equidade em saúde: do conhecimento à acção. In DGS/ENSP , editor. *A Nova Saúde Pública: A Saúde Pública na Era do Conhecimento.*: Gradiva; 2011.
63. WHO. Portugal: Health System Performance Assessment. , WHO/Europe; 2010.

64. WHO. External Evaluation of the Portuguese National Health Plan (2004-2010). Copenhaga; WHO Regional Office for Europe; 2010.
65. Antunes R. Classes sociais e a desigualdade na saúde. Lisboa: ISCTE, Centro de Investigação e Estudos em Sociologia; 2010. Report No.: 1647-0893.
66. Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saúde. , INE; 2014.
67. Farinha Rodrigues C, Figueiras R, Junqueira V. Desigualdade Económica em Portugal. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2012.
68. U.S. Department of Commerce. Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2010. Economics and Statistics Administration, U.S. Census Bureau ; 2011.
69. Instituto Nacional de Estatística. www.ine.pt. [Online].; 2016 [cited 2016 12 21. Available from: <http://smi.ine.pt/>.
70. Pordata. www.pordata.pt. [Online].; 2016 [cited 2016 Novembro 20. Available from: <http://www.pordata.pt/Subtema/Portugal/Rendimentos-48>.
71. Bonita R, Beaglehole R, Kjellstrom T. Epidemiologia Básica. 2nd ed. Lisboa: OMS; 2010.
72. Fortin MF. O processo de investigação: da concepção à realidade. 2nd ed.: Lusociência; 2003.
73. PORDATA. Pordata. [Online]. [cited 2016 Maio 7. Available from: www.pordata.pt.
74. Câmara Municipal da Amadora. Diagnóstico Social da Amadora. Amadora: Conselho Local de Acção Social, Núcleo Executivo CLAS; 2011.
75. Nunes R. Caracterização da utilização da urgência pediátrica num hospital da área metropolitana de Lisboa. Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública; 2011.
76. Pordata. www.pordata.pt. [Online].; 2017 [cited 2017 Fevereiro 2. Available from: <http://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>.
77. Macedo MA, Gama F, Escudeiro MS, Rodrigues L. Apresentação do estudo sobre a Prevalência do tabagismo e aplicação da escala de Fagerström nos adolescentes que recorrem ao serviço de urgência pediátrica. In Sessão de Boas práticas da direção de enfermagem do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; 2017; Amadora.
78. Alves F, Ortigão I, Franco C. Origem social e risco de repetência: Interação raça-capital económico. Cadernos de Pesquisa. 2007 Jan/Abril; 37(130).
79. OECD. Society at Glance 2016: OECD Social Indicators. Paris: OECD Publishing; 2016.
80. O'Neill J, Tabish H, Welsh V, Petticrew M, Pottie K, Clarke M, et al. Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. Journal Clinical Epidemiology. 2014; 67(1): p. 56-64.

81. Vintém JM, Guerreiro MD, Carvalho H. Desigualdades de género e sociais na saúde e doença em Portugal. In VI Congresso Português de Sociologia; 2008; Lisboa.
82. Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA. Social/economic status and disease. *Annual Review of Public Health*. 1987; 8(1): p. 111-135.
83. Cardoso HF. A quantificação do estatuto socioeconómico em populações contemporâneas e históricas: dificuldades, algumas orientações e importância na investigação orientada para a saúde. *Antropologia Portuguesa*. 2006; 22(23): p. 247-272.
84. Instituto Nacional de Estatística. Classificação Portuguesa de Profissões 2010. Lisboa;; 2011. Report No.: 978-989-25-0010-2.
85. Geyer S, Peter R. Income, occupational position, qualification and health inequalities – competing risks? (comparing indicators of social status). *Journal of Epidemiology and Community Health*. 200; 54(4): p. 299-305.
86. Republica Portuguesa. Lei de Bases do Sistema Educativo Lisboa; Outubro/ 1986.
87. Republica Portuguesa. Lei da Protecção de Dados Pessoais Lisboa; 1998.
88. Marmot M. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Relatório Final. Copenhaga: OMS, WHO Regional Office for Europe; 2014. Report No.: 978 92 890 0030 7.
89. Maroco J. Análise Estatística com o SPSS Statistics. 6th ed. Lisboa: ReportNumber; 2014.
90. Epstein DRMUJCMELKDCJGJ. The effect of neighborhood and individual characteristics on pediatric critical illness. *J. Community Health*. 2014.
91. Dy CJ, Lyman S, Fabricant PD, Marx RG, Green DW. Socioeconomic factors are associated with frequency of repeat emergency department visits for pediatric closed fractures. *Journal of Pediatric Orthopedics*. 2014.
92. Eikemo TA, Bambra C, Joyce K, Dahl E. Welfare state regimes and income-related health inequalities: a comparison of 23 European countries. *Eur J Public Health*. 2008: p. 593-99.
93. Santos AC, Barros H. Prevalence and determinants of obesity in an urban sample of Portuguese adults. *Public Health*. 2003: p. 430-7.
94. Camões M, Lopes C, Oliveira A, Santos AC, Barros H. Overall and central obesity incidence in an urban Portuguese population. *Prev Med*. 2010; 50(1): p. 50-5.
95. Schütte S, Chastang JF, Parent-Thirion A, Vermeulen G, Niedhammer I. Social differences in self-reported health among men and women in 31 countries in Europe. *Scandinavian journal of public health*. 2013: p. 51-7.
96. Nogueira H, Ferrão M, Gama A, Mourão I, Rosado-Marques V, Padez C. Perceptions of neighborhood environments and childhood obesity: evidence of harmful gender inequities among Portuguese children. *Health & place*. 2013: p. 69-73.

97. Costa C, Ramos E, Severo M, Barros H, Lopes C. Determinants of eating disorders symptomatology in Portuguese adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2008: p. 126-32.
98. Chen Y, Hongbin L. Mother's education and child health: Is there a nurturing effect? *Journal of Health Economics*. 2009 Março: p. 413-26.
99. Martins MC, Fernandes PF. O gestor de caso: aplicabilidade do conceito. In ESALD , editor.. Castelo Branco: IPCB; 2010. p. 1-7.
100. ARS-Norte. Manual de Procedimentos: Para implementação e desenvolvimento da ECCL. ; 2014.
101. Beck AF, Simmons JM, Huang B, Kahn RS. area-based socioeconomic measures for assessing risk of hospital reutilization among children admitted for asthma. *American Journal Public Health*. 2012.
102. Wang L, Haberland C, Thurm C, Bhattacharya J, Park KT. Health outcomes in US children with abdominal pain at major emergency departments associated with race and socioeconomic status. *PLOS one*. 2015.
103. Eurostat. Migrants in Europe: A statistical portrait of the first and second generation. Bélgica;; 2011.
104. Campos-Matos I, Russo G, Perelman J. Connecting the dots on health inequalities – a systematic review on the social determinants of health in Portugal. *International Journal for Equity in Health*. 2016.
105. Williamson LM, Rosato M, Teyhan A, Santana P, Harding S. AIDS mortality in African migrants living in Portugal: evidence of large social inequalities. *Sex Transm Infect*. 2009: p. 427-31.
106. Harding S, Teyhan A, Rosato M, Santana P.. All cause and cardiovascular mortality in African migrants living in Portugal: evidence of large social inequalities. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2008: p. 670-6.
107. Falcone RA, Brown RL, Garcia VF. The epidemiology of infant injuries and alarming health disparities. *Journal of Pediatrics Surgery*. 2007.
108. Zook HG, Kharbanda AB, Flood A, Harmon B, Puumala S, Payne NR. Racial Differences in Pediatric Emergency Department Triage Scores. *Journal of Emergency Medicine*. 2016.
109. Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S. Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, Department for Promotion of Welfare and Health; 2013. Report No.: 978-952-00-3407-8.
110. Hospital Garcia de Orta. Serviço Nacional de Saúde. [Online].; 2016 [cited 2017 Julho 18. Available from: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/11/14/hospitalizacao-domiciliaria/>.

111. Sedaghat AR, Cunningham MJ, Ishman SL. Regional and socioeconomic disparities in emergency department use of radiographic imaging for acute pediatric sinusitis. *American Journal of Rhinology & Allergy*. 2014.
112. Seif AE, Fisher BT, Li Y, Torp K, Rheam DP, Huang YA, et al. Patient and hospital factors associated with induction mortality in acute lymphoblastic leukemia. *Pediatric Blood Cancer*. 2014.
113. Dyer AA, Lau CH, Smith TL, Smith BM, Gupta RS. Pediatric emergency department visits and hospitalizations due to food-induced anaphylaxis in Illinois. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. 2015.
114. Robert CA, Bernard MC. Tuberculosis: A biosocial study of admissions to a children's sanatorium (1936-1954) in Stannington, Northumberland, England. *Tuberculosis (Edinburg)*. 2015.
115. Szykaruk M, Stephens D, Borshel GH, Wright JG. Socioeconomic status and wait times for pediatric surgery in Canada. *American Academy Pediatrics*. 2014.
116. Colvin JD, Zaniletti I, Fieldston ES, Gottlieb LM, Raphael JL, Hall M, et al. Socioeconomic status and in-hospital pediatric mortality. *Pediatrics*. 2013.
117. Xie J, Lin Y, Niranjana K. Factors Associated With Prolonged Stay in a Pediatric Emergency Observation Unit of an Urban Tertiary Children's Hospital in China. *Pediatric Emergency Journal*. 2013 Fevereiro; 29(2): p. 183-190.
118. Gallagher RA, Porter S, Monuteaux M, Stack AM. Unscheduled return visits to the emergency department: the impact of language. *Pediatric Emergency Care*. 2013 Maio; 29(5).
119. WHO. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health Geneva; 2010.
120. Piketty T. O Capital no século XXI. Círculo de Leitores. ISBN —. 1st ed. Lisboa; 2014.
121. INE. Inquérito ao emprego 4º Trimestre, 2014. ; 2015.
122. Direção-Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020. Lisboa; Direção Geral da Saúde; 2015.
123. Pereira J, Furtado C. Equidade em saúde: do conhecimento à ação. A Nova Saúde Pública: A saúde Pública na Era do Conhecimento. 2011.
124. Gwatkin DR. Who would gain most from efforts to reach the millennium development goals for health. Washington: World Bank, Health, Nutrition and Population; 2002. Report No.: 1-932126-59-7.
125. Townsend P. Poverty in the United Kingdom A Survey of Household Resources and Standards of Living. 1st ed. Londres: Allen Lane and Penguin Books; 1979.
126. Capmbel J. ea. A universal truth: No health without a workforce. WHO. 2013.

127. Hart JT. The inverse care law. *The Lancet*. 1971 Fevereiro; 297(7696): p. 405-412.
128. Gupta RP, Wit M, McKeown D. The impact of poverty on the current and future health status of children. *Paediatrics & Child Health*. 2007 Outubro; 12(8): p. 667-672.
129. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reform: can low-income countries escape the medical poverty trap? *The Lancet*. 2001; 358(9284): p. 833-836.
130. Macinko JA, Shi L, Starfield B, Wulu JT. Income Inequality and Health: A Critical Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*. 2003 Dezembro; 60(4): p. 407-452.
131. Lundberg O, Yngwe MA, Kölegård S. The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study. *The Lancet*. 2008: p. 1633-40.
132. Rathmann K, Ottova V, Hurrelmann K, de Looze M, Levin K, Molcho M, et al. Macro-level determinants of young people's subjective health and health inequalities: A multilevel analysis in 27 welfare states. *Maturitas*. 2015 Abril: p. 414-20.
133. Eikemo TA, Bambra C, Joyce K, Dahl E. Welfare state regimes and income-related health inequalities: a comparison of 23 European countries. *Eur J Public Health*. 2008; 18(6): p. 593-99.
134. Mackenbach J. The Persistence of Health Inequalities in Modern Welfare States The Explanation of a Paradox. *Social Science*. 2012 Março; 75(4): p. 761-9.
135. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008; 372(9650): p. 1661-9.

x

Anexo 1 – análise segundo metodologia PRISMA

Estudo	Pontos Fortes	Limitações
1	Amostra grande (54.505). Registos fiáveis e reproduzíveis	Amostra de apenas 2 serviços de urgência. Pode não ser representativa. É diferente avaliar a criança na hora e com limite de tempo que calmamente nos registos
2	Dados do seguro obrigatório são registos fiáveis e completos. Amostra de nível nacional	Não foram avaliados dados sobre trauma e mortalidade
3	Amostra grande e de nível nacional	Pode haver constrangimentos em alguns hospitais para fazer exames de imagens (por ex.: não ter TAC disponível)
4	Amostra grande (68.236)	O regresso à urgência pediátrica pode ter sido por vários motivos
5	Estudo de Coorte	Amostra de um só hospital. Possibilidade de falácia ecológica
6	Coorte de 10 anos retrospectiva	Diagnóstico muito específico em contexto muito específico
7	Amostra grande a nível nacional	Dados agrupados por diagnóstico, pode haver crianças repetidas. Apenas considerou a dor abdominal como diagnóstico principal
8	Usou dados da urgência e internamentos, são dados completos	Amostra de um só hospital
9	Resultado foram medidos de forma objectiva e por profissionais treinados	Alguns registos inelegíveis, Termos médicos antigos, só efectuado num sanatório
10	Amostra grande, durante grande período de tempo	Foram usados apenas indicadores socioeconómicos locais e não personalizados
11	Várias formas/medidas objetivas de doença das crianças	Dados colhidos de fontes diferentes. Amostra de um só hospital, pode não ser representativa
12	Amostra muito grande e a nível nacional	Os dados da mortalidade esperada (usado como basal) são referente a adultos e pediátricos
13	Alcance temporal grande (10 anos). Resultado de saúde bastante objetivo	Amostra de apenas um hospital
14	Estudo prospetivo com todas as crianças internadas	Estudo descritivo

Estudo	Pontos Fortes	Limitações
15	Amostra grande de coorte. Focado na urgência	Amostra de apenas um hospital
16	Coorte retrospectiva de grande dimensão. Dados sobre regresso são fiáveis	Amostra de apenas um hospital. Estudo retrospectivo não permite saber se foram usados interpretes. Regressos podem ter etiologia multifatorial. Impacto das doenças crónicas não foi medido
17	Coorte retrospectiva de grande dimensão. Criação de cálculo de escala de intensidade de trabalho do SUP com base em critérios objectivos (resultado da triagem)	Difícil dissociar etnia de tipo de seguro. Pouca cobertura dos cuidados de saúde primários aumenta uso da urgência. Impacto das doenças crónicas não foi medido

Anexo 2 – Análise Quantitativa dos artigos seleccionados para a Revisão Bibliográfica

	Contexto		Amostra		Definição de contexto socioeconómico dos pais						Doença das Crianças			
	Internamento	Urgência	Crianças	Adolescentes	Etnia	Escolaridade	Situação laboral	Tipo de seguro	Geografia/código postal	Nacionalidade	Duração internamento	Local internamento	Óbito	Focado num diagnóstico/resultado
Zook et al. EUA, 2016		X	X	X	X			X	X		X	X		X
Geyer et al. Alemanha, 2001		X	X	X	X			X	X	X		X		X
Sedaghat et al. EUA, 2014	X		X	X					X		X		X	X
Dy et al. EUA, 2014	X/Amb		X	X			X		X					X
Beck et al. EUA, 2012	X		X	X	X			X		X	X	X	X	
Seif et al. EUA, 2013	X		X	X	X			X	X				X	
Wang et al. EUA, 2015	X	X	X	X	X			X					X	X
Dyer et al. EUA, 2015	X		X	X	X			X					X	X

	Contexto		Amostra		Definição de contexto socioeconómico dos pais						Doença das Crianças			
	Internamento	Urgência	Crianças	Adolescentes	Etnia	Escolaridade	Situação laboral	Tipo de seguro	Geografia/código postal	Nacionalidade	Duração internamento	Local internamento	Óbito	Focado num diagnóstico/resultado
Roberts et all. Reino Unido, 2015		X	X	X/16 anos de limite para inclusão		X			X					X
Szynkaruk et all. Canadá, 2014		X	X	X	X									Resultado da triagem
Epstein et all. EUA, 2014	X		X	X/15 anos de limite para inclusão		X	X	X		X	X			
Colvin et all. EUA, 2013		X	X	X				X	X					X/MCD
Falcone et all. EUA, 2007		X	X	X	X			X						X
Ikefuna et all. Nigéria, 2007	X		X	X		X	X							Estar internado
Xie et all. China, 2013		X	X	X/16 anos de limite para inclusão					X		X			

	Contexto		Amostra		Definição de contexto socioeconómico dos pais						Doença das Crianças			
	Interna mento	Urgência	Crianças	Adolescentes	Etnia	Escolaridade	Situação laboral	Tipo de seguro	Geografia/ código postal	Nacionalidade	Duração internamento	Local internamento	Óbito	Focado num diagnóstico/ resultado
Gallaghe r et al. EUA, 2013		X	X	X						X/ língua nativa				Regresso ao SUP em 72h
Harrison et al. EUA, 2012		X	X	X	X			X		X/ língua nativa				Abandono do SUP.
Totais:	8	10	17	17; 3 com limite de idade	9	3	3	10	8	3+2 Específico com língua nativa	5	3	5	7+5 Específicos

Anexo 3 – Análise qualitativa dos artigos selecionados

Autor, ano e país	Determinantes Sociais	Definição de Saúde	Resultados
Zook et al. EUA, 2016	Etnia	Pela classificação obtida na triagem	Afro-americanos (OR=1.89), hispânicos (OR=1.77) e nativos americanos (OR=2.57) recebem menos prioridade na triagem que brancos. Quando ficam internados pela mesma situação, também recebem menos prioridade. Recebem igual prioridade para episódios de trauma. (43)
Geyer et al. Alemanha, 2001	Nacionalidade, Profissão do pai que tem mais rendimento. Escolaridade	Risco de internamento e sua duração	Há pequenas diferenças no risco de ter doença. Existem maiores diferenças na duração do internamento para igual doença. (RR=1.5) Crianças mais desfavorecidas ou filhas de imigrantes ficam mais tempo internadas. (4)
Sedaghat et al. EUA, 2014	Local de residência, tipo de seguro, rendimento.	A prescrição de exames de imagiologia para o diagnóstico selecionado	Pais com seguro privado (OR=1.37) e/ou mais rendimento (OR=1.96) significa que os filhos fazem mais exames de imagiologia para igual diagnóstico na urgência – sinusite (111)
Dy et al. EUA, 2014	Tipo de seguro, etnia	O diagnóstico selecionado (fratura óssea) e o regressar à urgência pediátrica em 8 semanas, como sinónimo de não ter tido	Taxa de regresso ao SUP por fratura óssea em <8 semanas é 0.85%. Não brancos (OR 1.27) e com seguro público (OR1.55) regressam mais. Significa que têm menos acesso a consulta de seguimento. (91)

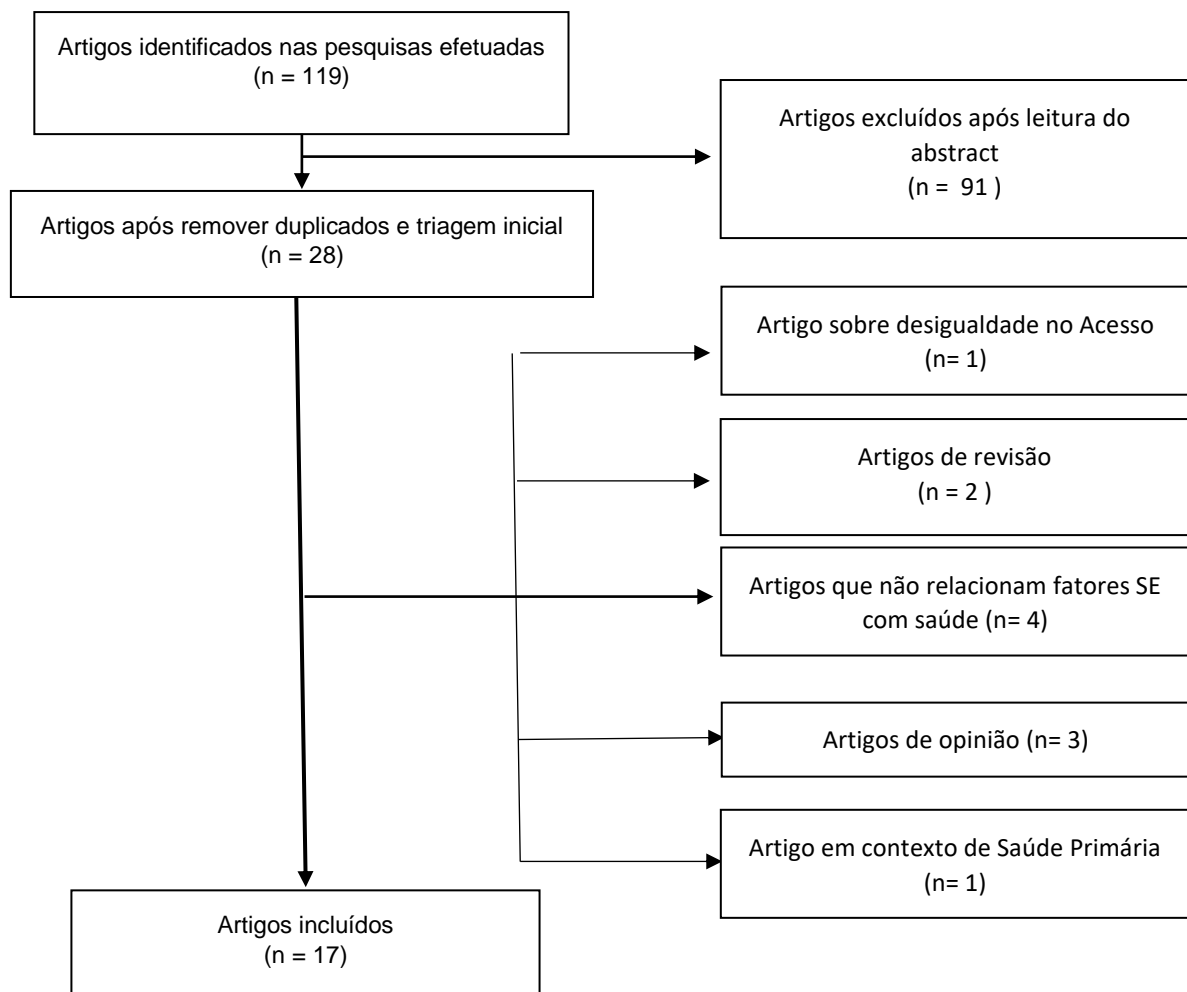
Autor, ano e país	Determinantes Sociais	Definição de Saúde	Resultados
		consulta de seguimento em tempo útil	
Beck et al. EUA, 2012	Zona de residência, valor das casas, rendimento e escolaridade	Pelo diagnóstico de asma selecionado, cruzado com a probabilidade observada de regressar à urgência pelo mesmo motivo	Baixa escolaridade dos pais aumenta risco de crianças com asma regressarem à urgência. Crianças que vivem em zonas mediantemente desfavorecidas regressam 1.3x mais. Se vivem em zonas muito desfavorecidas, regressam 1.8x mais. (101)
Seif et al. EUA, 2013	Etnia, tipo de seguro.	Mortalidade pelo diagnóstico selecionado.	Não há relação entre os fatores socioeconómicos e a mortalidade por Leucemia Linfoblástica a ser tratada com quimioterapia. (112)
Wang et al. EUA, 2015	Etnia, local de residência, tipo de seguro, rendimento.	Diagnóstico selecionado com apendicite/perforada como sinal de gravidade. Probabilidade e tempo de internamento. Probabilidade de ser transferido para os cuidados intensivos.	Minorias étnicas e crianças de baixo rendimento, ficam mais vezes internados, têm mais probabilidade de apendicite/perforada (OR=1.42) e têm uma maior probabilidade de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica (OR=1.92). Fazem menos exames complementares de diagnóstico. (102)
Dyer et al. EUA, 2015	Étnia, origem dos pais, tipo de seguro e local de residência.	Diagnóstico selecionado e sua probabilidade de internamento.	Casos de anafilaxia têm aumentado, em todas as classes sociais, ou seja, sem relação com fatores socioeconómicos. (113)

Autor, ano e país	Determinantes Sociais	Definição de Saúde	Resultados
Roberts et all. Reino Unido, 2015	Local de residência	Tipo de tuberculose, tempo de internamento e resultado de internamento (cura/ óbito)	86,6% das crianças internadas num sanatório para tuberculose (no período 1936-1954) vinham de bairros pobres (114)
Szynkaruk et all. Canadá, 2014	Zona de residência, situação laboral	Tempo de espera até cirurgia pediátrica	Fatores socioeconómicos não tiveram influência nos tempos de espera para a cirurgia. A distância do hospital e a idade da criança já tiveram: quanto mais longe e mais velho, significa mais tempo de espera (115)
Epstein et all. EUA, 2014	Etnia, nacionalidade, tipo de seguro.	Qual o diagnóstico, risco. Local e duração do internamento	Ter baixo rendimento, ser latino e seguro público significa uma maior probabilidade de ter doença mais grave na admissão nos cuidados intensivos ($\beta = 1.13$; $p < 0.05$) (90)
Colvin et all. EUA, 2013	Etnia, tipo de seguro e local de residência	Pelo resultado selecionado – o ter falecido	A associação entre fatores socioeconómicos e a mortalidade intra-hospitalar existe, mas é menor que o esperado. ($P < .05$). Varia muito conforme o serviço (116)
Falcone et all. EUA, 2007	Etnia, tipo de seguro	Pelo resultado selecionado – morte por trauma	Crianças negras têm 3.5x mais risco de morrer de trauma. Desigualdade persiste mesmo após estratificar por tipo seguro (107)

Autor, ano e país	Determinantes Sociais	Definição de Saúde	Resultados
Ikefuna et all. Nigéria, 2007	Questionário estruturado para aferir classe social	Todo o tipo de internamento no período em estudo	61% das crianças internadas pertencem à classe baixa. 23% à classe média e 16% pertencem à classe alta. (55)
Xie et all. China, 2013	Local de residência	Tempo de permanência no SO da urgência	Crianças que residem em bairros mais pobres ficam mais tempo no SO. (OR= 1.14; 95% CI, 1.01–1.29) (117)
Galagher et all. EUA, 2013	Língua Nativa	Regresso ao SUP em <72h	Baixa proficiência em inglês com OR=1.43 de regresso ao SUP. Não ter inglês como língua materna regressam ao SUP 1,6% vs 1,2%. Têm também classificação de triagem inferior para a mesma doença 61,4% vs 41,5% (118)
Harrison et all. EUA, 2012	Etnia, tipo de seguro, língua falada em casa	Abandono do SUP sem ter alta e diagnóstico.	Ter seguro público (1.6% vs 1.4%) com mais influência para abandonar que a etnia, excepto para nativos americanos (estes têm um OR=1.61). Não brancos esperam mais para ver o médico (x=35'18 vs x=32'05), embora sem relação com abandono. (44)

INTENCIONALMENTE EM BRANCO

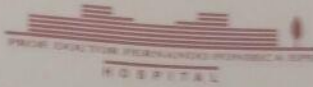
Anexo 4 – Seleção de Estudos e justificação



INTENCIONALMENTE EM BRANCO

Anexo 5 – Parecer da Comissão de Ética do Hospital Fernando da Fonseca

HPT EPE - 1001 - 1002 - 1003


HOSPITAL

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

TIPO DE ESTUDO: OBSERVACIONAL, ANALÍTICO, RETROSPECTIVO, CORRELACIONAL.

TÍTULO DO ESTUDO:
A influência dos determinantes sociais na saúde das crianças e adolescentes.
Uma análise em contexto de urgência pediátrica.


Após reunião de 12 de Outubro de 2016, estando o estudo de acordo com as normas de submissão impostas por esta CE, deliberou-se emitir parecer favorável sobre a realização do mesmo.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE presentes em reunião de 12 de Outubro de 2016:

Presidente	Dr. Silva Pereira
Vogais	Dr.ª Teresa Brandão
	Dr.ª Fernanda Louro
	Dr.ª Renata Afonso
	Dr. Pedro Laranjeira
	Enf.ª Helena Cardoso

Mais se declara que a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE, cumpre com as Normas da Boa Prática Clínica.

Pelo exposto, emitiu-se a 12 de Outubro de 2016, **Parecer Favorável**.

O Presidente da Comissão de Ética

Dr. José Silva Pereira
COMISSÃO DE ÉTICA

HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA, E.P.E.
2725-076 AMADORA
TEL.: 21 434 62 00 FAX: 21 434 35 98

HPT EPE - Mod. 1001 - 1002/01

CNP: ESTADUTÁRIO: 4716209/0001
IMP: 503 025-446

INTENCIONALMENTE EM BRANCO

Anexo 6 – Exemplos de intervenções específicas para diminuir as desigualdades em saúde

Exemplos de intervenção (119) nos determinantes sociais:

Foco	Intervenção universal	Intervenção específica
Classe Social, políticas para reduzir as desigualdades em saúde	<p>Políticas ativas para reduzir as desigualdades através de impostos de serviços públicos.</p> <p>Serviços universais e gratuitos na saúde, educação e transportes públicos.</p> <p>Políticas de emprego ativas.</p> <p>Promover o desenvolvimento e fortalecimento de movimentos sociais</p>	<p>Programas de segurança social vocacionados para grupos específicos.</p> <p>Programas de saúde infantil, que compreendam avaliação e monitorização do estado nutricional e educação pré-escolar</p>
Políticas desenhadas para reduzir a exposição dos grupos desfavorecidos a fatores de risco	<p>Criar e manter ambientes limpos e seguros, sociais, habitacionais e laborais.</p> <p>Políticas ativas promotoras de estilos de vida saudáveis</p>	<p>Políticas desenhadas para diminuir a exposição ao risco de grupos específicos</p>
Políticas e programas desenhados para reduzir a vulnerabilidade de grupos específicos	<p>Políticas de proteção social para o desemprego.</p> <p>Programas de proteção social para mães solteiras.</p> <p>Programas que criem oportunidades para prosseguir estudos</p>	<p>Refeições grátis nas escolas.</p> <p>Apoio a estudantes provenientes de grupos desfavorecidos, na transição entre a escola e o trabalho</p>

Foco	Intervenção universal	Intervenção específica
Reduzir as consequências desiguais dos determinantes sociais	<p>Proteger os indivíduos dos gastos catastróficos em saúde.</p> <p>Políticas de promoção de emprego para indivíduos com incapacidades.</p> <p>Proteção social para indivíduos com lesões crónicas e incapacidades laborais.</p>	Recursos adicionais para programas de reabilitação focados para populações com incapacidades ou em desvantagem.

Marmot também propõe algumas recomendações para intervir nas desigualdades em saúde (88):

- De forma a atuar no ciclo vicioso da perpetuação de desigualdades, garantir que as condições para um bom exercício da parentalidade e segurança familiar existam. Promover a equidade de género e a adequada proteção social.
- Criar e manter um serviço universal, de alta qualidade e grátis de educação.
- Erradicar a exposição a condições laborais pouco seguras e saudáveis.
- Construir uma rede coesa e intersectorial para abordar as desigualdades em saúde na idade sénior, de forma a melhorar o bem-estar através de todo o gradiente social.

Anexo 7 – Outputs de SPSS

Teste Qui-Quadrado entre escolaridade mãe e serviço de internamento

Serviço * HabLitMãe Tabulação cruzada

			HabLitMãe				Total
			nenhum	basico	secundário	superior	
Serviço	SO	Contagem	186	897	997	392	2472
		Contagem Esperada	201,5	947,2	946,1	377,1	2472,0
	Intensivos	Contagem	6	53	59	31	149
		Contagem Esperada	12,1	57,1	57,0	22,7	149,0
	Enfermaria	Contagem	343	1560	1470	586	3959
		Contagem Esperada	322,7	1517,0	1515,3	604,0	3959,0
	outros	Contagem	10	52	33	11	106
		Contagem Esperada	8,6	40,6	40,6	16,2	106,0
Total	Contagem	545	2562	2559	1020	6686	
	Contagem Esperada	545,0	2562,0	2559,0	1020,0	6686,0	

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	24,507 ^a	9	,004
Razão de verossimilhança	24,965	9	,003
Associação Linear por Linear	12,284	1	,000
N de Casos Válidos	6686		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 8,64.

Teste Qui-Quadrado entre escolaridade pai e serviço de internamento

Serviço * HabLitPai Tabulação cruzada

			HabLitPai				Total
			nenhum	básico	secundário	superior	
Serviço	SO	Contagem	188	948	856	271	2263
		Contagem Esperada	191,6	954,6	829,5	287,4	2263,0
	Intensivos	Contagem	4	62	34	25	125
		Contagem Esperada	10,6	52,7	45,8	15,9	125,0
	Enfermaria	Contagem	310	1530	1310	469	3619
		Contagem Esperada	306,4	1526,6	1326,5	459,6	3619,0
	outros	Contagem	14	31	34	9	88
		Contagem Esperada	7,5	37,1	32,3	11,2	88,0
Total	Contagem	516	2571	2234	774	6095	
	Contagem Esperada	516,0	2571,0	2234,0	774,0	6095,0	

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	23,648 ^a	9	,005
Razão de verossimilhança	23,264	9	,006
Associação Linear por Linear	,073	1	,787
N de Casos Válidos	6095		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 7,45.

Teste Qui-Quadrado para etnia e local de internamento

Etnia * Serviço Tabulação cruzada

			Serviço				Total
			SO	Intensivos	Enfermaria	outros	
Etnia	caucasiano	Contagem	1562	89	2247	71	3969
		Contagem Esperada	1488,1	86,1	2334,4	60,4	3969,0
	africano	Contagem	835	51	1519	29	2434
		Contagem Esperada	912,6	52,8	1431,6	37,0	2434,0
	cigano	Contagem	65	2	96	0	163
		Contagem Esperada	61,1	3,5	95,9	2,5	163,0
	outros	Contagem	26	2	41	1	70
		Contagem Esperada	26,2	1,5	41,2	1,1	70,0
	Total	Contagem	2488	144	3903	101	6636
		Contagem Esperada	2488,0	144,0	3903,0	101,0	6636,0